

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma nº 5**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção aos usuários com HAS e/ou DM na UBS Raimundo  
Hozanan de Souza, Macapá/AP**

**Aniday López Herrera**

**Pelotas, 2015**

**Aniday López Herrera**

**Melhoria da atenção aos usuários com HAS e/ou DM na UBS Raimundo  
Hozanan de Souza, Macapá/AP**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família EaD da Universidade Federal de  
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta  
do SUS, como requisito parcial à obtenção do  
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Linda Cristina Sangoi Haas

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação**

H565m Herrera, Aniday Lopez

Melhoria da Atenção aos Usuários com HAS e/ou DM na UBS  
Raimundo Hozanan de Souza, Macapá/AP / Aniday Lopez Herrera;  
Linda Cristina Sangoi Haas, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

86 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da  
Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de  
Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença  
Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Haas, Linda Cristina  
Sangoi, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## **Agradecimentos**

Agradeço a minha orientadora Linda Cristina que sempre me guiou para que tudo desse certo.

A meus colegas de curso que sempre me apoiaram e encorajaram para continuar com o estudo.

## Resumo

Herrera, Aniday López. **Melhoria da atenção aos usuários com HAS e/ou DM na UBS Raimundo Hozanan de Souza, Macapá/AP.** 2015. 75 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem uma prevalência no Brasil entre 22% e 44% na população com 18 anos ou mais, e é um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, que são a maior causa de mortalidade no Brasil, 27 %, e no mundo Ocidental. Junto a HAS o Diabetes é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62.1% dos diagnósticos primários em usuários com insuficiência renal crônica submetidos a diálises. Na área de abrangência da UBS há uma alta incidência e prevalência de usuários portadores destes agravos, sendo muito proveitoso trabalhar nesta ação programática. O principal objetivo foi de melhorar a situação da atenção à saúde dos portadores com hipertensão e diabetes na Unidade Básica de Saúde Raimundo Hozanan de Souza, fazer que o diagnóstico e o seguimento sejam realizados com melhoria da atenção nos eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica e engajamento público. Realizando de maneira prospectiva e trabalhando diretamente com os prontuários dos usuários, fichas espelhos e livros de registro de informações, monitorando e avaliando semanalmente a intervenção, atingimos o cadastramento de 8.5% (156) hipertensos e 15.6% (70) diabéticos. Sendo que a totalidade dos 156 hipertensos e 70 dos diabéticos cadastrados receberam informações sobre os agravos, a importância da alimentação saudável, a realização de exercícios físicos, assim como receberam informações de como prevenir complicações, sendo avaliados quanto ao risco cardiovascular. Foi realizada a busca ativa de usuários faltosos à consulta e a capacitação dos profissionais quanto à técnica adequada da verificação de tensão arterial e realização de Hemoglicoteste. A intervenção foi incorporada à rotina da unidade trazendo consigo benefícios e maior qualidade no atendimento aos usuários com hipertensão e diabetes.

**Palavras-chave:** saúde da família; atenção primária à saúde; hipertensão arterial e diabetes Mellitus.

## Lista de Figuras

Figura 1	Quadro cronograma da intervenção.	36
Figura 2	Foto de atividade física na comunidade	45
Figura 3	Foto de visita domiciliar a usuária faltosa	46
Figura 4	Gráfico de cobertura de pacientes hipertensos cadastrados	48
Figura 5	Gráfico de cobertura de pacientes diabéticos cadastrados	48
Figura 6	Gráfico de proporção de hipertensos com exame clínico em dia	49
Figura 7	Gráfico de proporção de diabéticos com exame clínico em dia	49
Figura 8	Gráfico de proporção de hipertensos com exame complementares em dia	50
Figura 9	Gráfico de proporção de diabéticos com exame complementares em dia	50
Figura 10	Gráfico de proporção de hipertensos com prescrição da farmácia popular priorizada.	51
Figura 11	Gráfico de proporção de diabéticos com prescrição da farmácia popular priorizada.	52
Figura 12	Gráfico de proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	53
Figura 13	Gráfico de proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	53
Figura 14	Gráfico de proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento	55
Figura 15	Gráfico de proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento	55
Figura 16	Gráfico de proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clinica em dia.	57
Figura 17	Gráfico de proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clinica em dia.	57

### **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS	Agente comunitário da Saúde
AME	Aleitamento materno exclusivo
AVC	Acidente vascular cerebral
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas.
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de saúde da família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Hemoglicoteste
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
MS	Ministério Saúde
NASF	Núcleo de apoio à saúde da família
PA	Pressão Arterial
SAMU	Sistema ambulatorial móvel da urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde.
VD	Visita Domiciliar

## Sumário

Apresentação .....	7
1    Análise Situacional .....	8
1.2    Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	8
1.2    Relatório da Análise Situacional.....	9
1.3    Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	16
2    Análise Estratégica .....	17
2.1    Justificativa.....	17
2.2    Objetivos e metas.....	19
2.2.1    Objetivo geral.....	19
2.2.2    Objetivos específicos e metas .....	19
2.3    Metodologia.....	21
2.3.1    Detalhamento das ações .....	21
2.3.2    Indicadores .....	29
2.3.3    Logística.....	35
2.3.4    Cronograma .....	40
3    Relatório da Intervenção.....	41
3.1    Ações previstas e desenvolvidas .....	41
3.2    Ações previstas e não desenvolvidas .....	52
3.3    Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	53
3.4    Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	54
4    Avaliação da intervenção.....	55
4.1    Resultados .....	55
4.2    Discussão.....	66
4.3    Relatório da intervenção para gestores.....	68
4.4    Relatório da Intervenção para a comunidade.....	70
5    Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	72
Referências .....	74
Apêndices.....	75
Anexos .....	80



## **Apresentação**

O presente trabalho trata sobre a melhoria do atendimento aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na UBS Raimundo Hozanan de Souza, localizada na zona Sul do município de Macapá Estado Amapá.

Iniciaremos a unidade 1 – análise situacional. Na segunda unidade teremos a análise estratégica, que nos orientará à situação real da área adstrita, onde apresentaremos a justificativa, os objetivos, geral e específico da intervenção.

Avançando na leitura encontraremos na terceira unidade o relatório da intervenção, realizada em 16 semanas. Na quarta unidade encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde.

Na unidade 5 finalizamos o volume com os apêndices e anexos utilizados na realização do estudo.

O curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês Janeiro de 2014, quando começaram a serem postadas às primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de Maio de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, ora apresentado.

## **1      Análise Situacional**

### **1.2    Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

Minha Unidade Básica de Saúde (UBS) Raimundo Hozanan de Souza fica na cidade de Macapá, no estado Amapá (AP), estruturalmente está em boas condições físicas. Tem recepção, arquivo, uma pequena sala de espera, com três edificações em forma de alas, tem sala de vacinação, consulta de enfermagem e três consultórios médicos, aonde atendem o pediatra, o ginecologista e o clínico geral da unidade, tudo numa ala. Ligando as duas alas está à farmácia, na outra ala tem o consultório odontológico, um consultório onde são feitos ultrassons, a direção, o consultório do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), a copa, o banheiro, e o mais importante um consultório que tem feita uma divisão aonde trabalhamos três equipes de saúde da família, os dois pequenos consultórios resultantes são um para triagem dos pacientes e o outro para realizar o atendimento médico. Mesmo que as condições da Estratégia Saúde da Família (ESF), não sejam as melhores, o nosso trabalho está sendo realizados da melhor forma possível, de manhã, nós médicos alternamos os dias de atendimento. A minha equipe vai para as micro-áreas nos dias que o consultório está ocupado, toda quinta temos uma ação num centro comunitário ou na igreja, às tardes todos os consultórios da primeira ala, estão disponíveis, incluindo o nosso então eu sou alocada num deles para fazer os meus atendimentos. A interação entre a população e eu tem sido muito boa, a aceitação também, tanto quanto a aceitação pela equipe toda, que tem muita vontade de fazer um bom trabalho e ajudar à população. A equipe está composta pela enfermeira, três técnicas de enfermagem, sete agentes de saúde (ACS), odontólogo, assistente de odontologista e a médica, a população de nossa área de abrangência é muito carente e nosso trabalho é de grande ajuda para eles.

Acho que este povo maravilhoso, não é um povo carente de afeto, mais sim um pouco carente de assistência de qualidade, que não tem em relação direta aos recursos econômicos embora que sem dúvida nenhuma os recursos ajudam e muito

na qualidade da assistência, mas não a garantem. Nas consultas nós usamos os protocolos usados pelos profissionais brasileiros para o manejo das doenças, estudamos também pelos cadernos de atenção básica que recebemos durante o treinamento, complementando sempre qualquer dúvida em outras bibliografias. Os usuários são atendidos por demanda espontânea, eles chegam sozinhos a UBS, ou chegam enviados pelos ACS. Tem uma parte da população que está sendo atendida em sua casa através das visitas domiciliares (VD), mas a grande maioria é atendida pela demanda espontânea, muitos poucos vão para o seguimento de doenças crônicas e nessa área é que estão sendo encaminhados os nossos esforços, mais isso levará algum tempo para poder ver os resultados, quase ninguém procura pelos atendimentos programados, é mais consulta agendada e consulta no dia, mesmo se orientado, a comunidade tem arraigado esse costume de só ir quando adoece e não para prever adoecer. Eles aceitam muito bem o atendimento mais não participam ativamente na solução dos problemas da comunidade nem em decisões porque se importam mais em problemas pessoais do que em problemas da comunidade. Mesmo porque a maioria necessita de investimentos pelas autoridades. Na minha comunidade tem muito problema de drogadição e ninguém, que não seja a polícia, se envolve com os traficantes e sem dúvidas é um problemão que afeta a comunidade, pela nossa parte já estamos planejando atividades que possam ajudar as famílias que apresentam esses problemas. Com respeito à gestão não tenho notado compromisso. Não há orientação nenhuma, inclusive falta às vezes material para trabalhar, se pedem orientações e às mesmas são sempre imprecisas ou incompletas, mas o trabalho vai saindo e a população vai percebendo o ganho, que acho eu, que é na humanização da atenção, que não tem muito a ver com os recursos.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

No município de Macapá o sistema de saúde tem sérios problemas estruturais nos hospitais e também nas UBS que dificulta a boa atenção à população que é em torno dos 500.000 habitantes. O município tem 23 UBS com 45 Estratégias de Saúde da Família (ESF), o número de UBS tradicionais são 20 urbanas, e três UBS rurais. Em todas há disponibilidade de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), também há disponibilidade de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) - duas unidades não têm disponibilidade da atenção especializada, a disponibilidade de serviço

hospitalar é muito limitada, o Sistema Ambulatorial Móvel de Urgência (SAMU) conta com seis carros, disponibilidade de exames complementares também há muitas limitações já que os profissionais também trabalham na atenção privada.

Meu posto de trabalho fica na UBS Raimundo Hozanan de Souza, que está locada no bairro Muca do município Macapá/AP, conta com uma população de 12000 habitantes. Situa-se ao sul do município e conta com três equipes de saúde, temos equipe do NASF. Esta população antes da nossa chegada era muito carente na área do atendimento médico, com pouca disponibilidade de consultas clínicas, a disponibilidade de exames complementares e atenção hospitalar ainda seguem deficientes tanto quanto a atenção especializada. A minha UBS é uma unidade urbana e está vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), temos vínculo com as instituições de ensino, o modelo de atenção é ESF composta por três técnicos de enfermagem, uma enfermeira, sete agentes comunitários de saúde, assistente dental, odontólogo e a médica. Temos muitas necessidades e limitações por resolver ainda, a UBS está inserida no meio da população que atendemos facilitando o acesso das pessoas para uma adequada atenção à saúde, na UBS que atualmente está sendo reformada ainda se conservam as barreiras arquitetônicas que dificulta o acesso dos portadores de deficiências especiais. Não contamos com rampas, nem corrimãos para o acesso de portadores de deficiências físicas motoras e visuais. Os bancos onde os usuários devem esperar não são adequados, nem os banheiros são adequados para utilização dos mesmos, também temos escadas e degraus altos que dificultam o acesso à UBS, espaço para deslizamento de cadeiras de rodas é muito limitado. A população de hipertensos e diabéticos continua aumentando significativamente e devemos preparar-nos para atender adequadamente a estes usuários. Todos os problemas existentes na estrutura da UBS afetam direta ou indiretamente o processo de trabalho, como espaço inadequado para o atendimento dos usuários. Não temos lavatórios nos consultórios, dificultando a higienização das mãos após o atendimento, outra dificuldade é a insuficiente iluminação dos consultórios, que dificulta o adequado exame. Em relação à disponibilidade e suficiência de equipamento e instrumentos na UBS a equipe não conta com balança infantil, não há nebulizador nem negatoscópio, não há oftalmoscópio nem otoscópio, não temos disponibilidade de frascos para coleta de escarro muito importante para o rastreamento dos usuários com Tuberculose (TB). Na UBS não há um sistema para manutenção e reposição de equipamentos, interferindo diretamente no atendimento, acontecendo o mesmo com os mobiliários. Não existe um sistema para revisão da calibragem de

esfigmomanômetros nem de balanças, também não temos internet, nem telefone, nem microcomputador, nem impressora para poder auxiliar no trabalho diário e para impressão de documentos necessários para o trabalho. Temos graves dificuldades de disponibilidade de materiais e equipamentos para fazer o trabalho dos ACS, os mesmos não contam com uniformes para trabalhar, fazem as visitas domiciliares (VD) a pé. Com respeito aos materiais de consumo e insumos temos escassez de prontuários e receituários para atendimento da população, se pode dizer que há falta de todos os impressos, não contamos com materiais para fazer atividades de promoção e prevenção para a saúde. Em relação à disponibilidade dos medicamentos na UBS, infelizmente temos baixa disponibilidade e faltam de muitos medicamentos principalmente os de tratamento de usuários, com agravos crônicos como hipertensão e diabetes. Indicamos fito- fármacos para o tratamento de muitas doenças, ainda não disponibilizamos de testes rápidos para realizar no consultório médico como de HIV, gravidez, sífilis e alterações patológicas na urina. O acesso a exames complementares é difícil porque os usuários têm que acordar cedo para tentar pegar a senha que é limitada, para realizar os exames. O acesso ao atendimento especializado é muito demorado, o agendamento é feito para geralmente um mês depois de solicitada a Inter consulta. Este agendamento é realizado por mecanismo próprio, não podendo ser feito o agendamento por nós.

Todos os indivíduos têm direito de atendimento em pronto-socorro e serviços de pronto atendimento infantil, mas este não tem a qualidade necessária para dar uma boa resolutividade aos problemas, tendo condições ruins na hora da espera e na qualidade do atendimento médico, segundo relatam os usuários. Na maioria das vezes faltam recursos e insumos para oferecer um adequado serviço à população, o serviço de SAMU está disponível para todas as UBS do município, e é bastante demorado.

Acho importante começar o trabalho, fazendo a territorialização e o mapeamento da área de abrangência de atuação da equipe, para que possamos conhecer qual é nossa população, suas características, extensão assim como todos os componentes presentes na área. Serve também para que partindo deste trabalho organizado possamos iniciar um bom planejamento das ações de saúde, identificando os grupos e famílias expostos aos riscos, fazendo a sinalização dos fatores sociais presentes na área e das redes sociais. Acho que o que faltava era a atualização, já que tinham acontecido novas situações e não estavam sendo sinalizadas no mapeamento, e este é um processo dinâmico que está sujeito a mudanças constantes

para poder realizar ações de saúde, de promoção e prevenção na população. Na confecção deste trabalho participou principalmente o médico e a enfermeira, nossa equipe de saúde realiza ações de cuidados domiciliares no bairro, igrejas e centros comunitários. Ainda apresentamos dificuldades no mecanismo de referência e contra referência dos usuários, utiliza-se adequadamente os protocolos de encaminhamento para outros níveis do sistema de saúde, nós não temos condições para fazer atendimento de urgência nem emergência porque não temos as ferramentas precisas, nem os medicamentos para realizá-lo. Fazemos acompanhamento dos usuários em seu domicílio, à notificação de agravos de declaração compulsória é realizado por nossa equipe e há uma busca ativa dos mesmos. Fazemos atividades de grupos na UBS, mas temos dificuldades nos documentos e cartazes de propaganda que são muito importantes para melhor compreensão dos aspectos educativos, todos os profissionais participam destas atividades e contamos com ajuda da Equipe do NASF. Todos os profissionais participam em atividades de qualificação profissional que melhora a qualidade com a que são atendidos os usuários, todos participam no gerenciamento dos insumos na UBS com grande sentido de responsabilidade e também colaboram para o bom funcionamento da equipe de saúde. Nossa reunião de equipe de saúde é mensal e para a construção da agenda de trabalho, organização do processo de trabalho, planejamento das ações para realizar no mês, análise dos indicadores e informações em saúde, assim como para a discussão de casos clínicos de interesse. Todos os profissionais participam das reuniões da equipe que são muito importantes pelas orientações que são dadas e para a organização do trabalho diário.

Na UBS nós trabalhamos com o excesso de demanda espontânea fazendo o acolhimento pela manhã e à tarde de todos os usuários, sendo atendidos segundo as prioridades, com problemas mais sérios para conseguir fazer o atendimento oportunamente. Nós oferecemos este tipo de serviço a toda a população da nossa área de abrangência. A nossa meta é diminuir o excesso de demanda espontânea fazendo atividades de promoção e prevenção de saúde nas VD, palestras e consultas programadas com nossa população.

O nosso trabalho diário apresenta ainda dificuldades e limitações que aos poucos vamos melhorando, sobre tudo com o trabalho e vínculo com a população. Temos pouca colaboração da parte das autoridades que são responsáveis pelos problemas higiênico-sanitários que afetam o estado de saúde da comunidade, não obtendo resolutividade para assim evitar doenças na população. Apresentamos dificuldades com os impressos para trabalhar, muitas vezes faltam prontuários para

registro do atendimento, não há receituários e faltam medicamentos na farmácia para uma adequada atenção e facilidade daqueles usuários que não tem os recursos econômicos para adquirir por outros meios os remédios. As dificuldades são solucionadas com iniciativas e medidas alternativas, mas mesmo não querendo, afeta o atendimento e sua qualidade. É de todos nós o compromisso de melhorar a saúde do povo e acho que conseguiremos o nosso objetivo. Devemos seguir trabalhando na educação para a saúde de toda a população para incentivar a prática de exercício físico, abandono do tabagismo, trabalhar com usuários de drogas e álcool, educação com as crianças, adolescentes, idosos, grávidas, hipertensos e diabéticos.

Os cadernos das ações estimam que na área existem 68 crianças menores de um ano. O dados que conhecemos de nossa UBS é que temos 20 crianças menores de seis meses, todas em Aleitamento Materno Exclusivo (AME). A busca de faltosos do programa é feita pelo ACS de nossa UBS de forma ativa e rápida para garantir o cumprimento da vacinação em tempo, sempre utilizamos o cartão espelho em nosso trabalho diário com as crianças. A avaliação que eu faço da cobertura de puericultura encontrada é que nós podemos dar atenção aos 100% das crianças e não temos atrasos no acompanhamento de todas as crianças. Sugiro a melhora do fluxo de informação dos hospitais com a atenção básica, estabelecendo um trabalho em conjunto para a melhoria dos indicadores de qualidade. Nós desenvolvemos atividades de atenção à saúde das crianças diariamente pela manhã, o trabalho da puericultura e está estruturado de forma programática baseada no protocolo do MS.

A cobertura de pré-natal é suficiente pela quantidade de grávidas que temos na UBS, sendo 12 de nossa área de abrangência. Fazendo uma avaliação temos cadastradas 65% das gestantes, temos o vínculo necessário com as mesmas. Os indicadores da qualidade da atenção do puerpério após uma adequada avaliação de todos os indicadores que pode ser avaliados em uma consulta de puerpério são adequados. Ao realizarmos a atenção a todas as puérperas pós-alta da maternidade realizamos o acompanhamento até os 45 dias do puerpério. No processo de trabalho devemos melhorar a captação no primeiro trimestre, pois na grande maioria iniciam no segundo trimestre o acompanhamento pré-natal. Estabelecer que nas avaliações, exames laboratoriais sejam trazidos pela gestante para fazer o registro. As ações de atenção às gestantes estão estruturadas de forma programáticas e adotamos o protocolo do MS e manual técnico, realizamos o registro específico e monitoramento mensal destas ações. A avaliação da atenção à saúde, a qualidade dos registros, o planejamento, o monitoramento das ações e às atividades de educação em saúde

bem como o envolvimento de toda a equipe necessário para o desenvolvimento da atenção.

Em relação à Prevenção do câncer de colo de útero (PCCU) e controle de câncer de mama. Devemos melhorar a informação, divulgando a toda população da importância de fazer o PCCU para o controle e prevenção e a mamografia para a prevenção do câncer de mama. Nós não temos identificadas todas as mulheres em nossa unidade, o livro de registro especial para este fim onde damos seguimento aos exames alterados não está atualizado em 100%, mas estamos trabalhando para conseguir este fim. Fazemos a classificação de risco para planejar e acompanhar. Disponibilizamos a mamografia a todas as mulheres na faixa preconizada pelo MS, bem como as que necessitam dela, caso seja preciso. Deve ser melhorada a propaganda informativa para que divulgue a toda população os riscos da doença e os benefícios da prevenção, para ter o impacto esperado na população. Na UBS temos um registro especial para o seguimento dos casos e para realizar o acompanhamento das mulheres com exame alterado. Todas as ações estão estruturadas de forma programáticas e seguimos o protocolo MS ou manual técnico. Monitoramos regularmente estas ações participando todos os membros da equipe de saúde. Temos 120 mulheres cadastradas para o programa de câncer de mama, representando 86% de cobertura visto que a estimativa é que na área existem 139 mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos. Com mamografia em dia temos o registro de 60 mulheres, ou seja 50% das acompanhadas; foi realizada avaliação de risco para câncer de mama em 67% (80) das mulheres e todas receberam orientação sobre prevenção do câncer de mama e 83%(100) das mulheres estão com a mamografia com mais de 3 meses em atraso.

Em relação à atenção aos hipertensos e diabéticos as ações de atenção a estes usuários, é adequada a nossa realidade, todos os usuários hipertensos que já estão cadastrados recebem um adequado controle e seguimento. Nossa cobertura não é boa porque não atendemos a 100% destes usuários, temos 78 pessoas com hipertensão (14% de cobertura) e 36 (22% de cobertura) pessoas com diabetes cadastrados, sendo ainda um baixo número, a assistência está estruturada de forma programática, devendo ser melhorado a avaliação dos mesmos, por parte de outros níveis de atenção. Os cadernos das ações estimam que na área existem 563 pessoas com hipertensão e 161 pessoas com diabetes. Para diabetes temos 92% (33) dos acompanhados com avaliação do risco cardiovascular, exames complementares em dia, orientação de atividade física e nutricional. Para hipertensão temos 96% (75) dos



usuários com orientação sobre atividade física e avaliação de risco cardiovascular. A atenção integral dos usuários é muito importante na avaliação multiprofissional (nutricionista, psicólogo, endócrino e odontólogo), mas nestes usuários ainda não têm uma boa atenção para o melhoramento do estado de saúde, visto que precisamos melhorar a cobertura do programa. Temos um sub-registro, faltam por captar mais diabéticos e hipertensos para um adequado controle deste agravo, em nossa área de abrangência. Trabalhamos dia a dia com nossa equipe de saúde para conseguir esta meta, realizamos ações de promoção, prevenção planejamento e monitoramento regular mensal destas ações de saúde com a população, participando todos os membros da equipe de saúde. Utilizamos o protocolo do MS.

A avaliação da cobertura de Saúde da Pessoa idosa na UBS é de quase 100% de nossos usuários idosos com seguimento adequado. Fazemos ênfase na alimentação saudável, exercícios físicos, visão, audição, movimentação, vacinação, atenção odontológica, participação social e capacidade funcional. Sugiro ampliação da equipe de atenção à pessoa idosa com outros especialistas que devem participar desta atenção como odontólogo, geriatras, nutricionistas, etc. Ao avaliar os indicadores da qualidade da atenção à Saúde da Pessoa Idosa, estes são os principais que devem ter presente para poder dar uma boa atenção a esta população cada vez maior. As ações de atenção à saúde dos idosos estão estruturadas de forma programática nós adotamos o protocolo do MS ou manual técnico regular destas ações todo o membro da equipe de saúde participa deste trabalho. O número de idosos de nossa área adstrita e cadastrados são 150, representando 92% de cobertura, visto que a estimativa é que na área existem 163 idosos. Em acompanhamento em dia temos 50 usuários (33% dos acompanhados), sendo que 33% também apresentam orientação sobre atividade física e alimentação saudável, 19 (15%) apresentam hipertensão e 15 diabetes.

Na minha unidade contamos com uma equipe odontológica: um odontólogo e uma assistente odontológica, mesmo assim o atendimento ainda é insuficiente e somente estão cobertas as áreas do atendimento programático, os registros são deficientes assim como os materiais que são precisos para oferecer um atendimento de qualidade. São orientados os usuários para fazerem a prevenção de doenças odontológicas e são visitados em casa pela equipe toda, na unidade não temos escovário nem área específica para dar palestras demonstrativas nesta área, sendo feitas mesmo assim, palestras educativas e informativas com a população.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Comparando o primeiro texto com o relatório, percebe-se que minha UBS estruturalmente não tem boas condições, com pouco espaço no consultório para ter um atendimento à população de excelência, mas mesmo assim o atendimento é realizado com qualidade. A UBS está composta por três equipes de saúde, temos em todas as equipes boa comunicação e desenvolvimento de atividades de promoção e prevenção de saúde, fazemos atenção à saúde das pessoas com Hipertensão e Diabetes com busca ativa, sensibilização de usuários crônicos quanto à utilização regular das medicações, reavaliação dos usuários e quanta eficácia e medicações disponíveis pelo município. Todos os programas do SUS são postos em prática na UBS e com o trabalho em equipe e a participação da comunidade se pode melhorar a qualidade de vida de toda a população.

Através dos questionários do curso eu aprendi muito, fizeram com que eu me mantivesse informada e atualizada, com o olhar crítico de avaliação do serviço bem como de temas de interesse, incentivaram-me também na busca de informação e de pesquisa sobre os temas abordados no curso.

## **2      Análise Estratégica**

### **2.1    Justificativa**

A HAS tem uma prevalência no Brasil, entre 22% e 44% na população com 18 anos ou mais e sendo um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, que são a maior causa de mortalidade no Brasil 27 % e no mundo Ocidental, protocolo de HAS, 2009. Junto a HAS o Diabetes é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações me membros inferiores e representa ainda 62.1% dos diagnostico primários em usuários com insuficiência renal crônica, submetidos a diálises. Já existem informações e evidencias científicas suficientes para prevenir e ou retardar o aparecimento do diabetes e das suas complicações, MS 2006. A prevenção das complicações do agravo é um ponto essencial, e segundo o protocolo respeito à transcendência a HAS tem sido a principal causa de infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) e outros agravos importantes, inclusive a própria morte. Outro fato que demonstra a gravidade da HAS é o seu curso silencioso, o que implica no atraso do tratamento, podendo levar a desfechos desfavoráveis. MS, 2006. Caso estas doenças não sejam tratadas adequadamente as mesmas levam a um grande número de usuários a estados de doença que se não tratadas no momento preciso deixam pessoas incapazes e ou com seqüelas resultantes das complicações, necessitando de atendimento especializado e conseqüentemente sobre carregando outras áreas de atendimento. No tocante à vulnerabilidade, entre 60 e 80 % dos casos de HAS pode ser tratada na rede básica, clinical DM, 2005. Pois são de fácil diagnostico, não requerem tecnologia sofisticada, podendo ser tratadas e controladas com medicamentos de baixo custo, com poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade em atenção primaria.

Melhorando com isto a qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade pelo que a ação programática é considerada de grande importância.

Estas patologias são as mais freqüentes na prática clínica, na área de abrangência temos uma alta incidência e prevalência de usuários portadores destes agravos. Trabalharemos em base à prevenção das complicações, assim como obter atualizações sobre o tema em questão, otimizando a qualidade do atendimento e melhorando os critérios pelos quais devemos nos reger para conseguir os nossos objetivos, que são de melhorar a situação da atenção à saúde na nossa Unidade e de fazer que o diagnóstico e o seguimento sejam feitos da melhor maneira possível.

A UBS não tem estrutura física boa, agora no momento está sendo reformada, tem áreas bem ventiladas e climatizadas, muitas das superfícies não são laváveis o que dificulta a higienização dos locais. A UBS é formada por três ESF, temos áreas descobertas, cada ESF tem a constituição preconizada pelo MS. Temos na UBS uma auxiliar de saúde bucal e um odontólogo, além da enfermeira, técnicas de enfermagem, ACS e a médica. A população da área adstrita da ESF é de 3200 pessoas e a população da UBS esta estimada em 12 000 pessoas. Com respeito aos aspectos que se relacionam com meu foco de atendimento poderia citar que são muitos os fatores de risco regionais que favorecem a aparição deste tipo de patologias, como a dieta que levam os usuários, rica em gorduras e amidos, sendo o principal prato o açaí e a farinha de mandioca, além da grande influência africana que há na região que leva em conta fatores hereditários que predispõem a estas patologias. Também não tem o costume de realizar exercícios físicos. O nível educacional da população baixo e outros fatores de risco psicossociais como estresse, depressão, ansiedade e baixa autoestima, atuando no aumento do risco de doença cardiovascular.

A população alvo estimada da minha ação programática é de 1.825 hipertensos e 450 diabéticos. Temos na ESF uma população que esta formada na maioria por mulheres, maiores de 40 anos, representando um total de 78 hipertensos e 36 diabéticos cadastrados na minha área de abrangência, não existe o número total de usuários cadastrados na UBS, temos que melhorar o numero de cadastrados e assim estender o atendimento de qualidade. Na nossa área temos desenvolvidas várias ações de promoção de saúde com estes usuários, temos criado um grupo de usuários com os quais desenvolvemos, toda quinta-feira, palestras educativas, orientações alimentares e atividades físicas, numa igreja na comunidade, com o objetivo também de levar os serviços de saúde à comunidade.

A intervenção no contexto da UBS deverá tratar com um grande grupo de usuários portadores e melhoraremos o atendimento, a qualidade de vida, que é o principal objetivo. A equipe está envolvida com o projeto, cada um tem um papel importante no desenvolvimento das ações, as principais dificuldades que poderíamos ter é na captação e cadastramento dos casos novos já muitos moram em áreas de difícil acesso, temos de continuar trabalhando com os ACS para que façam a busca ativa destes usuários, assim como promover a adesão, ao seguimento e tratamento, será uma tarefa difícil. Outra dificuldade é a adesão das outras ESF, mas temos a união de todos na equipe e a motivação de que o trabalho seja qualificado. Acredito que a atenção à população alvo ganhara em organização e em qualidade repercutindo de maneira positiva na qualidade de vida dos pacientes e no atendimento realizado pelo SUS.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhoria da Atenção aos Usuários com HAS e/ou DM na UBS Raimundo Hozanan de Souza, Macapá/AP.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

**Relativa ao Objetivo 1:** Ampliar a cobertura a hipertensos e /ou diabéticos.

**Meta 1.1** Cadastrar 40% dos hipertensos da área de abrangência do programa de atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da Unidade de saúde.

**Meta 1.2** Cadastrar 40% dos diabéticos da área de abrangência do programa de atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da Unidade de saúde.

**Relativa ao Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos

**Meta 2.1** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.2** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Meta 2.3** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.4** Garantir a 100% diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.5** Priorizar a prescrição de medicamento da farmácia popular para 100% dos hipertensos.

**Meta 2.6** Priorizar a prescrição de medicamento da farmácia popular para 100% dos diabéticos.

**Meta 2.7** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.8** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Relativa ao Objetivo 3:** Melhorar a adesão de hipertensos e /ou diabéticos ao programa

**Meta 3.1** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na Unidade Básica de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Meta 3.2** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na Unidade Básica de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Relativa ao Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações

**Meta 4.1** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

**Meta 4.2** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

**Relativa ao Objetivo 5:** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovascular

**Meta 5.1** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

**Meta 5.2** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

**Relativa ao Objetivo 6:** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovascular.

**Meta 6.1** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Meta 6.2** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Meta 6.3** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

**Meta 6.4** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.

**Meta 6.5** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

**Meta 6.6** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

**Meta 6.7** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos.

**Meta 6.8** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

## **2.3 Metodologia**

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

**Objetivo de cobertura: Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos.**

#### **Monitoramento e Avaliação**

*Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de HiperDia.*

Para conseguir esta ação, se atualizará o cadastro de Hipertensão e Diabetes em cada consulta, conferindo e atualizando os dados já existentes e agregando os casos novos. Esta ação é feita semanalmente utilizaremos como guia o boletim de registro de consultas e a ficha espelho disponibilizada pela UFPEL. Se algum dado faltar nos auxiliamos com os prontuários dos usuários e com o registro feito pelos ACS.

#### **Organização e gestão do Serviço**

*Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa.*

Toda captação será registrada no prontuário de atendimento dos usuários, no livro de registro de Hipertensão e Diabetes e no boletim de atendimento, assim como na ficha espelho de atendimento individual.

*Melhorar o acolhimento para os usuários hipertensos e diabéticos.*

Garantiremos o bom acolhimento dos usuários para seu acompanhamento de acordo com o protocolo.

Reivindicaremos junto à gestão a manutenção dos esfigmomanômetros e dos glicosímetros para o atendimento aos usuários na unidade de saúde.

### **Engajamento Público**

*Informar à comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus da unidade de saúde.*

Manteremos toda a comunidade informada sobre a existência do programa de Hipertensão e Diabetes. Isto será realizado mediante orientações dos ACS, palestras educativas e informativas, ações na comunidade e cartazes que serão colocados na unidade de saúde, aonde informaremos os serviços oferecidos na mesma.

*Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos e glicemia pelo menos uma verificação anual.*

Informaremos e manteremos a verificação da pressão arterial e glicemia dos habitantes da área adstrita a partir dos 18 anos, sobretudo aqueles que têm antecedentes familiares destes agravos ou fatores de risco para os mesmos

.

*Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.*

Será realizado através dos ACS e das VD que são realizadas pela equipe.

*Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.*

Faremos através de palestras educativas e durante o atendimento aos usuários nos quais sejam identificados fatores de risco. Todas as palestras que desenvolvermos na comunidade irão abordar os fatores de risco que podem causar dano aos indivíduos para desenvolver hipertensão ou diabetes.

### **Qualificação da prática clínica**



*Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.*

Iremos manter a captação dos portadores, pois a mesma já está acontecendo na UBS. Além do que o município também está oferecendo cursos sobre este tema.

*Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.*

Capacitaremos a equipe da UBS para realização do HGT em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg. Iremos reforçar a capacitação que recebem por parte da secretaria de saúde do município de acordo com os protocolos de hipertensão e diabetes, das técnicas de verificação da PA e de HGT.

## **Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e ou/ diabéticos.**

### **Monitoramento e avaliação**

*Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos portadores hipertensos e diabéticos cadastrados.*

Manteremos a realização de um exame clínico adequado a todos os pacientes sempre em cada consulta que tenham na UBS.

### **Organização e Gestão do Serviço**

*Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de portadores hipertensos e diabéticos.*

Manteremos o trabalho que tem sido realizado na UBS, todos seus profissionais conhecem suas atribuições no atendimento e exame dos usuários.

*Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde*

Esta ação será realizada através das reuniões de equipe, tanto para discutir processos de trabalho quanto para discutir caso clínico de interesse.

*Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.*

Apoiaremos-nos na secretaria municipal de saúde que oferece cursos de atualização nos diferentes temas que são de importância e interesse dos profissionais.

*Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.*

Este trabalho depende da secretaria municipal de saúde e do MS que fornecem os impressos, garantindo os protocolos atualizados.

### **Engajamento Público**

*Orientar aos usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.*

Em cada palestra na comunidade, falaremos dos riscos provocados por estes agravos, mantendo todo o trabalho educativo e informativo na comunidade. O mesmo também será feito em cada consulta aos usuários.

### **Qualificação da Prática clínica.**

*Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.*

Manteremos toda nossa equipe de saúde capacitada na realização de exame clínico e exames complementares de acordo aos protocolos do MS na UBS. Estas ações são retomadas e atualizadas com frequência em cada reunião que a equipe faz.

### **Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.**

#### **Monitoramento e Avaliação**

*Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).*

Manteremos esta ação cumprindo com periodicidade das consultas como indicado no protocolo na UBS. Para isso buscaremos ativamente aos usuários que

estão perto de sua consulta e fazemos a relembração da consulta agendada com os ACS, assim como a busca ativa dos faltosos.

### **Organização e Gestão do Serviço**

*Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.*

Esta ação é realizada na minha equipe com regularidade. A VD será feita aos usuários faltosos com o objetivo de conhecer os motivos da falta à consulta, assim como para avaliar as orientações que são oferecidas para o melhoramento do estado de saúde, e as condições do lar, detectando possíveis fatores de risco no domicílio e na comunidade sobre os quais possamos intervir.

*Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.*

Esta ação será mantida em todas as VD que realizamos para poder organizar a agenda de trabalho para os dias seguintes e poder incorporar aos faltosos novamente ao acompanhamento na UBS.

### **Engajamento Público**

*Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.*

*Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabéticos (se houver número excessivo de faltosos).*

*Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.*

Manteremos estas ações realizando um trabalho educativo com toda a população, sobre a periodicidade das consultas e sobre a importância da realização destas para tratamento e a prevenção de complicações que possam aparecer nos usuários. Nas palestras será realizada a orientação referente à importância da realização das consultas, bem como a continuidade do tratamento.

### **Qualificação da Prática clínica**

*Treinar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.*

Manteremos esta ação existente na UBS e incrementaremos o treinamento dos ACS para a realização do agendamento das consultas e sua periodicidade.

#### **Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.**

##### **Monitoramento e Avaliação**

*Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.*

Monitoraremos mensalmente os registros dos atendimentos realizados pelos profissionais, bem como a adesão dos mesmos a ficha espelho. Os nossos registros infelizmente, ainda não são os melhores, embora estejamos trabalhando intensamente para conseguir que esteja em dia e bem organizada, esta é a base para um atendimento de qualidade e para conseguir monitorar os registros dos usuários que acompanhamos na UBS. Na UBS monitoraremos este objetivo sendo um ponto importante que tratamos em todas as reuniões da equipe.

##### **Organização e Gestão do Serviço**

*Manter as informações do SIAB atualizadas.*

*Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.*

*Pactuar com a equipe o registro das informações.*

*Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.*

Este trabalho exige que tenhamos uma adequada comunicação entre todos os membros da equipe, para conseguir funcionar de maneira adequada onde cada um de nós tem um papel muito importante, no registro dos dados, no adequado funcionamento e fluxo das informações.

Manteremos o responsável já definido para o monitoramento dos registros, mantendo as pessoas designadas para o trabalho. Na UBS a principal responsável é a enfermeira.

##### **Engajamento Público**

*Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.*

Aperfeiçoaremos esta ação porque os usuários e a comunidade não conhecem seus direitos em relação a este objetivo. Mas sempre que há possibilidade temos oferecido informação sobre os direitos dos usuários a terem informações sobre seu atendimento e também sobre seu direito ter uma segunda via do prontuário se for preciso.

### **Qualificação da Prática clínica.**

*Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.*

*Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.*

Manteremos a capacitação contínua de todos no preenchimento dos registros (prontuário, ficha espelho, planilha de acompanhamento, cartão de vacinas, etc.) necessários na intervenção e para a equipe de saúde.

## **Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.**

### **Monitoramento e avaliação**

*Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.*

Manteremos esta monitorização que realizamos todos os anos da estratificação de risco nos usuários com estes agravos.

### **Organização e Gestão do Serviço.**

*Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.*

*Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.*

Manteremos o atendimento dos usuários com alto risco, organizando a agenda do atendimento desta demanda.

**Engajamento público.**

*Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.*

Manteremos esta comunicação com os usuários sobre o nível de risco e a necessidade do acompanhamento regular, assim prevendo o aparecimento de complicações.

*Esclarecer aos portadores e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).*

Manteremos as palestras que realizamos com a comunidade onde falamos da importância do controle de fatores de risco modificáveis.

**Qualificação da Prática Clínica**

*Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.*

*Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.*

*Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis*

Aperfeiçoaremos a capacitação com a equipe de saúde para melhorar a qualidade da atenção aos usuários, uma boa estratificação de risco, um adequado registro e controle de fatores de risco dependem da qualidade de atenção dos usuários.

**Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.****Monitoramento e Avaliação**

*Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.*

Manteremos a realização das orientações nutricionais com a nutricionista do NASF. E em cada consulta que oferecemos.

Realizaremos também as orientações sobre as atividades físicas, antitabagismo, saúde bucal.

### **Organização e Gestão do Serviço**

*Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.*

*Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.*

Organizaremos as atividades com os profissionais do NASF e a equipe, na UBS. Organizaremos as agendas e as ações a serem realizadas.

### **Engajamento Público**

*Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.*

Este trabalho já vem sendo realizado e o nosso objetivo é mantê-lo e aperfeiçoá-lo, cada vez mais, através de palestras e das próprias VD.

### **Qualificação da Prática Clínica**

*Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.*

*Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.*

Manter todas estas atividades que fazemos todos os dias na UBS para melhorar a qualidade da atenção dos usuários. Oferecendo cada dia mais informações e ferramentas a equipe para que consigamos fazer um trabalho de excelência. As capacitações serão referentes às atualizações dos temas.

#### **2.3.2 Indicadores**

##### **Relativa ao Objetivo 1:**

**Meta 1.1** Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

**Indicador 1.1** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

**Numerador:** Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Denominador:** Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 1.2** Cadastrar 50 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 1.2** Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

**Numerador:** Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Denominador:** Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

## **Relativa ao Objetivo 2:**

**Meta 2.1.** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos cadastrados.

**Indicador 2.1** Proporções de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número de hipertensos cadastrados no programa com exame clínico apropriado.

**Denominador:** Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.2** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos cadastrados

**Indicador 2.2** Proporções de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número de diabéticos cadastrados no programa com exame clínico apropriado.

**Denominador:** Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.3** Garantir a 100% dos hipertensos cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.3** Proporções de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.



**Numerador:** Número total de hipertensos cadastrados no programa com exame complementar em dia.

**Denominador:** Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.4** Garantir a 100% dos diabéticos cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.4** Proporções de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número total de diabéticos cadastrados no programa com exame complementar em dia.

**Denominador:** Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.5** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.5** Proporções de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

**Numerador:** Número de hipertensos cadastrados no programa com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

**Denominador:** Número de hipertensos cadastrados com prescrição de medicamentos.

**Meta 2.6** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.6** Proporções de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

**Numerador:** Número de diabéticos cadastrados no programa com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

**Denominador:** Número de diabéticos cadastrados no programa com prescrição de medicamentos.

**Meta 2.7** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos cadastrados.

**Indicador 2.7** Proporções de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Numerador:** Número de usuários no programa com hipertensão e com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Denominador:** Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 2.8** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos cadastrados.

**Indicador 2.8** Proporções de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Numerador:** Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Denominador:** Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

### **Relativa ao Objetivo 3:**

**Meta 3.1** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.1** Proporções de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

**Numerador:** Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa

**Denominador:** Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

**Meta 3.2** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.2** Proporções de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

**Numerador:** Número de diabéticos do programa faltosos às consultas médicas com busca ativa.

**Denominador:** Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

### **Relativa ao Objetivo 4:**

**Meta 4.1** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 4.1** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

**Numerador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Denominador:** Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 4.2** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 4.2.** Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

**Numerador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Denominador:** Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

#### **Relativa ao Objetivo 5:**

**Meta 5.1** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 5.1** Proporções de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular

**Numerador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

**Denominador:** Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 5.2** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 5.2** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

**Numerador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

**Denominador:** Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

#### **Relativa ao Objetivo 6:**

**Meta 6.1** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos cadastrados.

**Indicador 6.1** Proporções de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Numerador:** Número de hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

**Denominador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.2** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos cadastrados.

**Indicador 6.2.** Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Numerador:** Número de diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

**Denominador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.3** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos cadastrados.

**Indicador 6.3.** Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

**Numerador:** Número de hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

**Denominador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.4** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos cadastrados.

**Indicador 6.4** Proporções de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

**Numerador:** Número de diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

**Denominador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.5** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos cadastrados.

**Indicador 6.5** Proporções de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Numerador:** Número de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Denominador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.6** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos cadastrados.

**Indicador 6.6** Proporções de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Numerador:** Número de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Denominador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.7** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos cadastrados.

**Indicador 6.7** Proporções de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

**Numerador:** Número de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

**Denominador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.8** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos cadastrados.

**Indicador 6.8** Proporções de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

**Numerador:** Número de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

**Denominador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão e Diabetes. Vamos adotar o Manual Técnico de Hipertensão e Diabetes do MS, 2006. Utilizaremos a ficha de Hipertensão e Diabetes e a ficha espelho disponíveis pelo curso (anexo C). A Ficha não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal de Hipertensos e Diabéticos. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e a enfermeira irão elaborar uma ficha complementar (apêndice A). Faremos contato com o gestor municipal para dispor das Fichas-espelhos necessárias e para imprimir todas as Fichas complementares que serão anexadas às fichas-espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados (anexo B).

Para monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Hipertensão e Diabetes e manter atualizados os cadastrados,

convocaremos a todos os membros da equipe e será levada a cabo durante toda a intervenção. Monitorar a realização de exame clínico apropriado e dos exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado e de acordo com a periodicidade recomendada, assim como monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/ HAS/DM, ditas ações serão seguidas principalmente pelo médico e enfermeira, durante toda a intervenção. O monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) e o monitoramento da qualidade dos registros dos portadores acompanhados na unidade de saúde serão feitas por toda a equipe durante a intervenção toda. Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, é uma ação que cabe ao médico, durante todo o período da intervenção. Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista, caberia ao odontólogo e assistente dental, mas como não temos odontólogo e assistente dental e as técnicas de enfermagem, tomarão conta de realizar esta ação durante todo o período da intervenção. Monitorar a realização de orientação nutricional, a realização de orientação para atividade física regular e de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos, são ações que serão feitas principalmente pelo pessoal do NASF, durante toda a intervenção.

Nós monitoraremos as ações em todas as VD realizadas aos usuários, além disso, também nos registros das consultas que realizaremos, avaliando estas ações e seu cumprimento durante toda a intervenção. Discutiremos nas reuniões mensais com a equipe de saúde as ações e seu cumprimento.

Registraremos na reunião mensal da equipe de saúde as decisões e ações a ser realizada, a responsável será a enfermeira. Exigiremos a presença de todos os ACS nas reuniões mensais da equipe de saúde. Definiremos as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de portadores hipertensos e diabéticos.

Para garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa, toda captação será registrada no prontuário de atendimento dos usuários no livro de registro de Hipertensão e Diabetes, na ficha espelho e complementar, por todos os profissionais, durante a intervenção toda.

Para melhorar o acolhimento para os usuários hipertensos e diabéticos, garantiremos o bom acolhimento dos usuários para seu acompanhamento de acordo ao protocolo. Capacitaremos à equipe da recepção para um atendimento

humanizado, participando nesta ação a equipe toda durante todo o período da intervenção.

Para garantir dentro das possibilidades o material adequado para a tomada da medida da PA (esfigmomanômetros) e realização dos HGT, na unidade de saúde, garantiremos a manutenção dos esfigmomanômetros e dos glicosímetros. Responsáveis serão o médico, a enfermeira e técnicos de enfermagem. Isto acontecerá em cada consulta de Hipertensão e Diabetes que seja realizada na UBS.

Organizar VD para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares, tomarão conta principalmente as técnicas de enfermagem e os ACS durante toda a intervenção.

Manter as informações do SIAB atualizadas, durante toda a intervenção, o médico e a enfermeira atualizarão estas informações. Implantar planilha/registro específico de acompanhamento. Pactuar com a equipe o registro das informações. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ou atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e o não estado de compensação da doença, sendo que a enfermeira tomara conta de durante toda a intervenção de dar cumprimento a estas ações. Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco, as técnicas de enfermagem, que são as que geralmente acolhem e agendam os pacientes, darão cumprimento a esta ação durante a intervenção toda, assim como de organizar a agenda para o atendimento desta demanda. Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético, será feito pela assistente dental, durante toda a intervenção, referindo aos usuários a outros postos para receber o atendimento, também se encarregará de estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico. Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários. Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, para orientação de atividade física. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educador físico nesta atividade. Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Para informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS, nos apoiaremos fundamentalmente nos ACS durante toda a intervenção, assim como para informar à comunidade sobre a importância de medir a PA a partir de 18 anos e glicemia pelo menos uma verificação anual, orientar a

comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM, será feito a traves de palestras por todos os membros da equipe, principalmente medico e enfermeira durante o decorrer da intervenção, assim como orientar aos usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e DM sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares, será feito pelo pessoal de enfermagem, durante a intervenção toda, que também vão orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/ HAS e DM e possíveis alternativas para obter este acesso, participara a equipe toda nesta divulgação durante o período da intervenção toda, assim como informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de HAS e DM (se houver número excessivo de faltosos), será uma ação desenvolvida principalmente pelos ACS. Esclarecer aos portadores de HAS e DM e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. São ações que tomarão conta todos os membros da equipe, os que estarão também encarregados de esclarecer os portadores e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação). Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde, é uma ação que será liderada pela enfermeira, a que demandara dos gestores esta colaboração.

Para a capacitação dos ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da UBS. Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da PA, de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Capacitar à equipe da unidade de saúde, durante as quatro primeiras semanas da intervenção, sendo o medico o principal responsável será organizada a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais. Dispor de



versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde. Garantir a solicitação dos exames complementares, ação que será feita pelo médico e enfermeira, Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Estabelecer sistemas de alerta sobre os exames complementares preconizados. Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS. Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares. Realizar atualização dos profissionais no tratamento da HAS e DM. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/ HAS e DM. Treinar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos. Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação. Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do hipertenso e diabético. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular. Capacitar a equipe para o tratamento de tabagistas. Todas as capacitações serão feitas no início da intervenção, principalmente pelo médico e a enfermeira.

Estas capacitações além de ser realizadas na UBS também serão feitas nas reuniões mensais que são organizadas pela Secretaria Municipal de Saúde e Estadual. O monitoramento e avaliação das atividades serão realizados, nas reuniões mensais com as equipes da UBS.

### 2.3.4 Cronograma

Atividades	Semanas															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação protocolo HAS																
Capacitação protocolo DIA																
Capacitação Acolhimento																
Definição papel dos profissionais																
Cadastramento da população alvo																
Capacitação ACS sobre cadastramento, busca de faltosos e sinais e sintomas HAS/DIA.																
Trabalho com a comunidade																
Organização agenda médica, odontológica e de enfermagem.																
Garantir material adequado																
Contato com o gestor, apresentação da intervenção e garantia da mesma.																
Capacitação da equipe da PA e HGT																
Providenciar protocolo atualizado e impresso para a equipe																
Controle do estoque insumos e medicamentos																
Pactuar o registro das informações e assistência																
Educação continuada sobre a intervenção																
Capacitação da equipe para promoção da saúde																
Busca de parceria na comunidade e intersetorialidade																
Garantir o registro																
Busca Ativa aos faltosos																
Atendimento clinica dos Usuários com HAS e DM																
Monitorar a intervenção																

Figura 1: Quadro do Cronograma da Intervenção.

### **3 Relatório da Intervenção**

Ao finalizar a intervenção realizada durante as 16 semanas na Unidade Raimundo Hozanan, locada na zona Sul da cidade de Macapá/AP, no período de Julho a Outubro de 2014, com as atividades planejadas de acordo com o cronograma. Nosso objetivo geral foi à melhoria e qualificação do atendimento aos usuários com HAS e/ou DM, sendo importante a uniformização, a integralidade, universidade da assistência/atendimento. Não tivemos a adesão de todas as EFS e/ou profissionais da UBS, havendo atendimento diferenciado das ESF, beneficiando alguns usuários em relação a outros, havendo prejuízo aos mesmos e a comunidade.

Farei uma análise das ações de saúde propostas desde o início da intervenção na ESF que pertenço, pois tive dificuldade de adesão das outras ESF da UBS. Descrevendo as ações realizadas relativas aos objetivos com os eixos pedagógicos correspondentes.

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos

##### **Ações de Monitoramento e Avaliação.**

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de HiperDia

O cadastro dos usuários com HAS e DM foi atualizado em cada consulta, segundo os atendimentos, seja em consulta individual ou em grupo, também foram registrados os casos novos diagnosticados durante a intervenção. Também nos auxiliamos do registro dos ACS para assim poder atualizar o cadastro, sobretudo dos faltosos.

### **Ações de Organização e gestão do Serviço**

Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa.

Toda captação foi registrada no prontuário de atendimento dos usuários, no livro de registro e no boletim de atendimento, assim como na ficha mapa de atendimento individual.

Melhorar o acolhimento para os usuários hipertensos e diabéticos.

Garantimos o bom acolhimento dos usuários para seu acompanhamento de acordo com o protocolo.

Garantir dentro das possibilidades o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (PA) (esfigmomanômetros, manguitos) e realização do hemoglicoteste (HGT), na unidade de saúde.

Na ação da manutenção dos equipamentos, não tivemos muito sucesso, já que não depende diretamente de nos, não conseguimos equipamento novo, nem conseguimos que os que já tínhamos tivessem manutenção. Mesmo tendo acabado a intervenção continuaremos reivindicando até conseguir dar cumprimento à mesma.

### **Ações de Engajamento Público**

Informar à comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Durante o tempo que durou a intervenção mantivemos a comunidade informada sobre as ações que foram acontecendo e sobre a importância do seguimento em consulta. Informamos através dos ACS sobre a existência do programa de atenção aos usuários com HAS e DM, além de que realizamos palestras educativas e informativas e ações na comunidade. Tínhamos a idéia de confeccionar banners permanentes e duradouros, que informassem de maneira permanente as ações que são rotinas na unidade, mas não conseguimos realizar

esta ação, por falta dos recursos financeiros. Os cartazes que foram realizados, com nossos recursos, foram para informar as ações, locais e horários de trabalho.

Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos e glicemia pelo menos uma verificação anual.

A comunidade foi e está sendo informada da importância de fazer a verificação anual da PA de todos os maiores de 18 anos. Ação esta que foi muito bem acolhida pela comunidade e que foi cumprida sem dificuldade, sempre fazendo ênfase nos usuários com antecedentes familiares de HAS e DM ou fatores de risco, como a obesidade, sedentarismo, entre outros.

Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Foram realizadas as orientações para a comunidade, através dos ACS e das VD, juntamente com a equipe, sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg.

Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

As orientações para a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM foi realizada através de palestras educativas e durante o atendimento dos usuários. Todas as palestras que desenvolvemos na comunidade abordaram os fatores de risco que causam dano aos usuários e favorecem o desenvolvimento de HAS e DM.

### **Ações de Qualificação da prática clínica**

A maioria das capacitações foi realizada na equipe, sendo muito difícil, desde o início, adesão nas capacitações das outras equipes, muitas vezes, tínhamos horários diferentes, sempre foram convidados a participarem das mesmas, algumas ocasiões houve a participação de alguns profissionais

Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

As capacitações realizadas aos ACS sobre o cadastramento de HAS e DM de toda área de abrangência da UBS, foi realizada segundo o cronograma, juntamente com as outras ações de capacitações ofertadas pelo município para os ACS, enfermeiras e médicos, tendo uma continuidade de trabalho que já vinha se desenvolvendo na UBS.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Nas capacitações foram convocadas todas as equipes da unidade de saúde, mas nem sempre participaram nas mesmas, os temas a tratar foram verificação da PA de formas criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Bem como para a realização do HGT em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg. O município ofereceu também cursos de capacitação sobre este tema.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e ou/ diabéticos.

#### **Ações de Monitoramento e avaliação**

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos portadores hipertensos e diabéticos cadastrados.

Monitoramos a realização de exame clínico apropriado, dos exames complementares, da prescrição da medicação da farmácia popular, do atendimento odontológico dos portadores de hipertensão e diabetes cadastrados. Realizamos e mantivemos todas estas ações a todos os usuários da ESF, em cada consulta na UBS e nas VD de acordo com o protocolo do MS. A avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi feita pela assistente dental e pelas técnicas de enfermagem e o atendimento dos que precisaram foi feito em outros centro aonde foram referidos os pacientes.

#### **Ações de Organização e Gestão do Serviço.**

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de portadores hipertensos e diabéticos.

Definimos as atribuições de cada membro da equipe nas ações relativas às ações do objetivo 3. Todos os membros conhecem suas atribuições no atendimento

e exame dos usuários. Nossa tarefa foi manter o trabalho que estava sendo realizado na UBS. Foi uma ação que não apresentou dificuldade.

Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Organizamos as capacitações dos profissionais de acordo com os protocolos do MS adotados pela UBS. Esta ação foi realizada através das reuniões das equipes, tanto para discutir processos de trabalho quanto para discutir algum caso clínico de interesse.

Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Mesmo sendo uma ação que não dependia só de nos, após muita insistência conseguimos ter o protocolo atualizado na Unidade.

### **Ações de Engajamento Público**

Orientar aos usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Em cada palestra que realizamos na comunidade falamos dos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e DM, sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Deveremos continuar todo o trabalho educativo e informativo que realizamos na comunidade. Estas orientações também são realizadas em cada consulta aos usuários.

### **Ações de Qualificação da Prática clínica**

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Esta ação foi mantida porque nossas técnicas de enfermagem estão capacitadas na realização de exame clínico e solicitação de exames complementares de acordo aos protocolos na UBS.

Para estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais, nesta ação apoiamos-nos na secretaria municipal de saúde que oferece cursos de atualização nos diferentes temas que são de importância e interesse dos profissionais. Mas não foram oferecidas muitas atualizações, e em algumas das que aconteceram não participamos, temos que continuar trabalhando para nos mantermos atualizados.

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

#### **Ações de Monitoramento e Avaliação**

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Nós tentamos manter esta ação cumprindo a periodicidade das consultas como está indicado no protocolo na UBS. Buscamos ativamente aos usuários faltosos ou com os agendamentos para as datas que foram feitas as visitas, fazendo a lembrança da consulta agendada com os ACS, assim como realizamos a busca ativa dos faltosos. Tivemos muitas dificuldades, muitas vezes o nosso esforço não foi valido, pois não conseguimos atingir um numero elevado de usuários. Devemos continuar trabalhando nesta ação.

#### **Ações de Organização e Gestão do Serviço**

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

A organização das VD tem sido realizada na equipe de maneira regular, e sem dificuldades, a visita é feita aos usuários faltosos com o objetivo de conhecer os motivos da falta à consulta, assim como para avaliar as orientações que são oferecidas para a promoção do estado de saúde, das condições do lar, detectando possíveis fatores de risco no domicilio e na comunidade sobre os quais possamos intervir.

Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Organizamos a agenda para acolher aos usuários portadores com HAS e/ou DM provenientes das buscas domiciliares. Esta ação será mantida, em todas as VD



que realizamos. A busca dos faltosos e organização da agenda de trabalho para os dias seguintes foi realizada com regularidade. Nas VD continuaremos a fazer busca aos faltosos para incorporá-los novamente ao acompanhamento na UBS e adesão ao tratamento.

### **Ações de Engajamento Público**

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabéticos (se houver número excessivo de faltosos).

Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Informamos a comunidade sobre a importância de realização das consultas, ouvindo a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos usuários com HAS e DM. Esclarecemos aos portadores e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Estas ações devem ser mantidas, pois realizamos continuamente um trabalho educativo com toda a população. Nas palestras foi realizada a orientação referente à importância da realização das consultas e a sua periodicidade, bem como a adesão e continuidade do tratamento.

### **Ações de Qualificação da Prática clínica**

Treinar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Capacitamos aos ACS para dar orientação aos portadores de HAS e/ou DM quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Esta ação estava sendo realizada, mantivemos a informação dos ACS para a o agendamento das consultas e sua periodicidade.

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações

### **Ações de Monitoramento e Avaliação**

Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde

Monitoramos a qualidade dos registros dos usuários acompanhados na UBS. Houve pouca melhora nos registros no decorrer da intervenção infelizmente, embora estejamos trabalhando intensamente para conseguir que fique em dia e bem organizado, o arquivo como parte da reforma da UBS também esta sendo reformado e tem- se extraviado muitos prontuários já atualizados dos usuários. Este tema tem sido tratado como um ponto importante em todas as reuniões da equipe. Ainda há muito por fazer com respeito ao registro e os cuidados como os prontuários, sendo o registro/histórico dos usuários importante no acompanhamento dos mesmos.

### **Ações de Organização e Gestão do Serviço**

Manter as informações do SIAB atualizadas.

Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Mensalmente foram monitorados os registros dos atendimentos realizados pelos profissionais, bem como a adesão dos mesmos a ficha espelho. Houve algumas dificuldades com a alimentação do SIAB, por problemas não dependentes de nossa vontade, mas estão sendo resolvidas.

Definir responsável pelo monitoramento registros

Nós tínhamos definido que o responsável pelo monitoramento dos registros, da equipe e da intervenção seria a enfermeira, tivemos uma conversa com as enfermeiras das outras equipes sobre registro e qualificação do atendimento a toda a população da área adstrita. Mas com as dificuldades apresentadas com as mesmas fomos orientados pela secretaria, sermos nós médicos os responsáveis pelo monitoramento e motivarmos as ESF na realização desta ação. A implementação da planilha foi feita de maneira gradual, no inicio houve dificuldade com os impressos, logo foi resolvido. Antigamente estava em uso uma planilha

similar para recolher os dados dos usuários, mas tinha se perdido um pouco a sistematização do uso. Sem dúvidas um grande ganho da intervenção é o uso da ficha espelho como parte da rotina de atendimento aos usuários.

### **Ações de Engajamento Público**

Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Orientamos os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Foi uma ação realizada em sua totalidade e teve muito sucesso, a maioria dos usuários não tinha conhecimento de seus direitos, não só na atenção básica, como na atenção hospitalar. Alguns que ficavam internados, e não receberam o resumo na hora da alta médica, outros que foram encaminhados ao especialista, que não receberam a contra- referências, havendo melhora a partir da informação realizada aos usuários e a comunidade.

### **Ações de Qualificação da Prática clínica.**

Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Treinamos a equipe no preenchimento de todos os registros necessários no acompanhamento dos usuários com HAS e DM. Capacitamos a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Manteremos ainda o treinamento de toda a equipe referente à importância dos registros (prontuário, ficha espelho, cartão de vacinas.)

**Objetivo 5:** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

### **Ações de Monitoramento e avaliação**

Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Monitoramos o número de usuários com HAS e DM com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

### **Ações de Organização e Gestão do Serviço.**

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Priorizamos o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Assim como, organizamos a agenda para o atendimento desta demanda.

### **Ações de Engajamento público.**

Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Orientamos aos usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. A comunicação com os mesmos sobre o nível de risco e a necessidade do acompanhamento regular, tem sido sistemática prevendo assim o aparecimento de complicações.

Esclarecer aos portadores e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Esclarecemos aos portadores e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação). Nas palestras realizadas na comunidade falamos do controle de fatores de risco como o sedentarismo e o hábito de fumar. Além da importância de uma alimentação saudável.

### **Ações de Qualificação da Prática Clínica**

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Capacitamos a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Sobre a importância do registro desta avaliação e para as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

A capacitação tem sido realizada, mas mesmo assim ainda temos muito a fazer para aperfeiçoar esta capacitação com a equipe de saúde e assim melhorar a qualidade da atenção dos usuários já que de uma boa estratificação de risco, um adequado registro e controle de fatores de risco, depende a qualidade de vida e da atenção oferecida.

### **Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos**

#### **Ações de Monitoramento e Avaliação**

Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Monitoramos a realização de orientação nutricional, atividade física, antitabagismo e saúde bucal aos usuários com HAS e/ou DM com frequência. Nas inter-consultas com a nutricionista do NASF, nas ações na comunidade por todos os profissionais. Em cada consulta realizada oferecemos aos usuários orientação a respeito.

#### **Ações de Organização e Gestão do Serviço**

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Organizamos as práticas coletivas sobre alimentação saudável, atividade física, antitabagismo e saúde bucal. Demandamos junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas, educadores físicos e demais profissionais nestas atividades. Contamos com o apoio da nutricionista do NASF na UBS. Mas ainda não conseguimos levar a maior escala esta ação e envolver o gestor, na realização destas atividades, deveremos continuar trabalhando nesta ação.

### **Ações de Engajamento Público**

Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável

Orientamos aos usuários e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, atividade física, antitabagismo e saúde bucal, estas orientações foram realizadas com sucesso, trabalho que já vinha sendo realizado. Empenhamos na manutenção e no aperfeiçoamento destas orientações, através das palestras e das VD. Também orientamos sempre de forma compulsiva sobre o hábito nocivo de fumar e sobre os benefícios da prática regular de exercícios físicos.

### **Ações de Qualificação da Prática Clínica**

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Capacitamos a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde. Todas estas atividades foram realizadas com frequência na UBS para melhorar a qualidade da atenção dos usuários. Cada dia a equipe está informada e com ferramentas para realizar um trabalho de excelência, oferecendo uma atenção de qualidade aos usuários.

## **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

Todas as ações previstas no projeto foram desenvolvidas, algumas com mais sucesso que outras como relatado. Uma das maiores dificuldades apresentadas foi

em conseguir a integração de todas as equipes da UBS, assim como em conseguir equipamentos adequados para melhorar a qualidade do atendimento, como esfigmomanômetros, fitas para HGT. Outra dificuldade a mencionar, foi o registro das informações, que mesmo sendo realizadas por parte das equipes, na hora do arquivamento, as informações nos prontuários se perderam. Havendo a necessidade na próxima consulta, de refazer o trabalho já realizado, por desorganização de arquivamento, sem dúvidas é algo que dificultou muito a intervenção.

As ações referentes ao atendimento odontológico não foram realizadas por não ter odontólogo na equipe, este profissional foi transferido não sendo substituído até o momento. Fazendo com que desde o início da intervenção não tenha estado disponível o serviço de odontologia aos usuários na UBS.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

Não encontrei dificuldades na coleta de dados, houve ocasiões em que tive dúvidas, mas prontamente foram esclarecidas através do DOE.(Dialogo Orientador Especializando)

A principal dificuldade esta sendo o resultado dos indicadores de captação, como basicamente trabalhamos com a população da nossa equipe e os denominadores de captação são calculados pela estimativa da população da área adstrita. Realizamos muitos esforços para integrar as outras equipes, mas não se conseguiu, sendo acompanhados poucos usuários pertencentes às mesmas, os quais compareceram por vontade própria a receber o atendimento, já que houve disponibilização de informação que ficou a vista de todos os pacientes que visitaram a UBS.

Uma dificuldade constante foi à dificuldade de manter uma internet de qualidade para conseguir durante o curso realizar as tarefas e leituras necessárias. Também houve a mudança de moradia ficando semanas sem a mesma.

### 3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Muitas das ações previstas no projeto já estão incorporadas na rotina do serviço. Muitas já foram incorporadas inicialmente, outras simplesmente estão sendo sistematizadas, já que existiam antes de iniciar a intervenção.

Para que as ações sejam viáveis, de forma geral sugiro melhorar a comunicação entre as equipes da UBS, assim como a comunicação com o gestor da UBS e os gestores da secretaria de saúde, para conseguir apoio tanto financeiro, reposição de materiais bem como de outros recursos, já que existe vontade de trabalhar pra conseguir o melhoramento da qualidade de vida, através de um atendimento qualificado, dos usuários.

Nosso próximo passo é a incorporação de todas as ESF da UBS na melhoria do usuário com HAS e DM. A seguir postarei fotos da intervenção.



Figura 2: Atividade física na comunidade



Figura 3: Visitas domiciliares realizadas a usuários faltosos.



## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A nossa intervenção foi realizada na cidade de Macapá/AP, região norte do Brasil, na UBS Raimundo Hozanan de Souza, localizada na zona Sul da cidade, durante 16 semanas, no período de Julho a Outubro de 2014. O objetivo geral que projetamos com a mesma foi o de melhorar e qualificar o atendimento aos usuários com HAS e DM. Para cumprir esse objetivo nos apoiamos no protocolo de HAS e DM do MS, 2013.

#### **Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e /ou diabéticos**

**Meta 1.1** Cadastrar 40% dos hipertensos da Unidade de saúde.

**Indicador 1.1** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

**Meta 1.2** Cadastrar 40% dos diabéticos da Unidade de saúde.

**Indicador 1.2** Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Nós organizamos o cadastramento dos usuários no Programa de HAS/DIA, através da utilização da ficha SSA2, utilizando também os prontuários, as fichas espelho e o cadastro dos ACS. O trabalho desenvolvido pelos ACS possibilitou captar e cadastrar os usuários com HAS e DM da área adstrita, sobre tudo os casos novos, sendo reportados semanalmente nas ações da equipe, finalizando a intervenção com 8.5% dos usuários cadastrados. Toda captação foi registrada no prontuário de atendimento dos usuários, no livro de registro de HAS/DIA. Esta ação continua sendo realizada, já como rotina e com boa aceitação na equipe e na população.

Cadastramos no primeiro mês 44 (2,4%) hipertenso, no segundo mês 65 (3,6%) hipertenso, terceiro mês 94 (5,2%) e finalizando o quarto mês com 156

(8,5%) hipertensos. Na análise podemos ver que a meta proposta não foi atingida, a principal dificuldade foi no fato a não adesão das outras equipes, dos cálculos feitos sobre a taxa da UBS e não da equipe. Os usuários pertencentes às outras áreas, não foram incorporados à intervenção, afetando o resultado final. Figura 4.

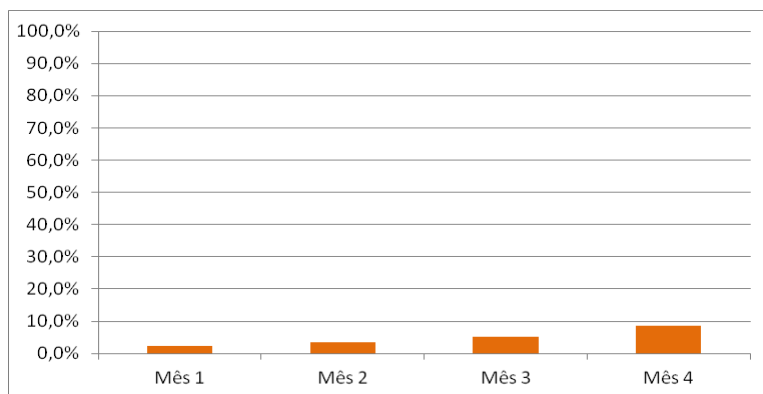


Figura 4. Gráfico da cobertura de hipertensos do programa de hipertensão e diabetes.  
Fonte: Planilha de coleta de dados.

Nos diabéticos cadastramos 19, (4,2%) no primeiro mês, no segundo mês 30 (6.7%), no terceiro mês 52 (11.6%) e 70 (15.6%) diabéticos no último mês, também não atingimos a meta proposta pelas dificuldades relatadas anteriormente. Figura 5

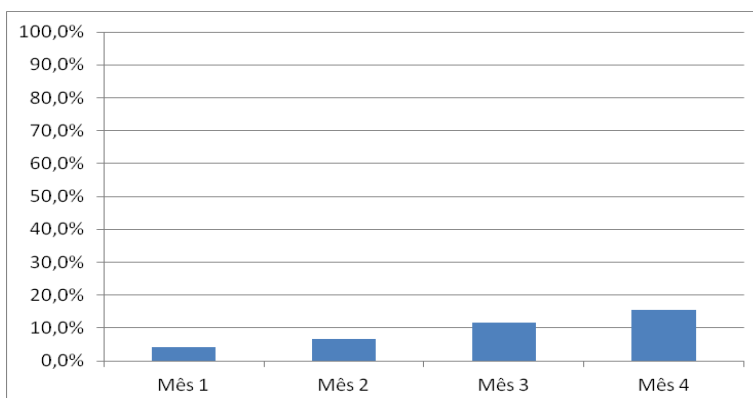


Figura 5. Gráfico da cobertura de diabéticos do programa de hipertensão e diabetes.  
Fonte: Planilha de coleta de dados.

## **Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a Hipertensos e Diabéticos.**

**Meta 2.1** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.1** Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.2** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.2** Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Nós orientamos e realizamos o exame clínico dos usuários em cada consulta de acordo com o protocolo do MS, monitoramos esta tarefa periodicamente na reunião mensal da equipe. Iniciamos a intervenção com a realização do exame clínico atingindo, nos três primeiros meses a 100% dos hipertensos 44, 65, 94 e nos usuários diabéticos 19, 32, 52 respectivamente. Finalizando no quarto mês com 149 (95.5%) hipertensos e 66 (94.3) diabéticos. Figuras 6 e 7.

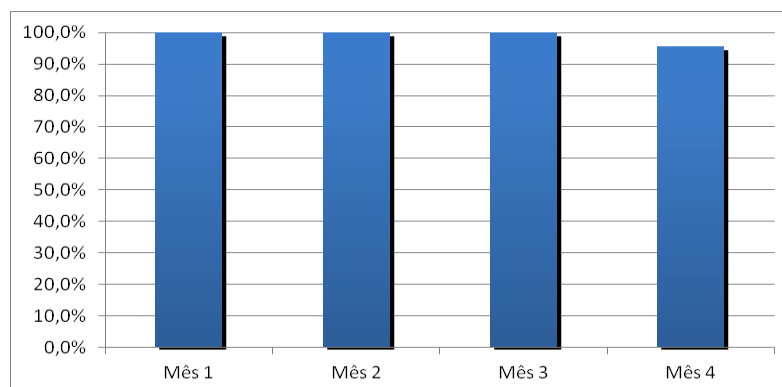


Figura 6. Gráfico da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.  
Fonte: Planilha de coleta de dados.

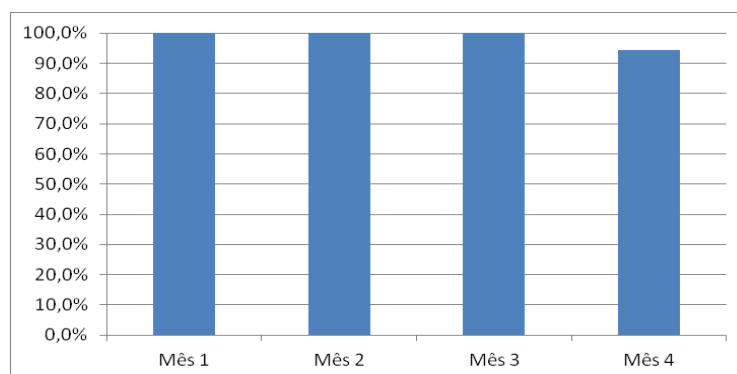


Figura 7. Gráfico da proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.  
Fonte: Planilha de coleta de dados.

**Meta 2.3** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.3** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.4** Garantir a 100% diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.4** Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Iniciamos a intervenção com a realização dos exames complementares no primeiro em 100%, 44 hipertensos e 19 diabéticos, no segundo mês com 65 (100%) hipertensos e 29 (96,7%) diabéticos, no terceiro mês 94 (100%) hipertensos e 51 (98.1%) diabéticos finalizando no quarto mês com 150 (96,2%) hipertensos e 66 (94,3%) diabéticos. Tivemos dificuldades para que os usuários realizassem os exames, já que o estado não está oferecendo esse serviço pelo SUS em quantidade suficiente, somente no hospital geral, ficando lotado. É muito difícil agendar, sendo a maior oferta na rede privada, com preços elevados que na maioria dos usuários não conseguem pagar. Figuras 8 e 9.

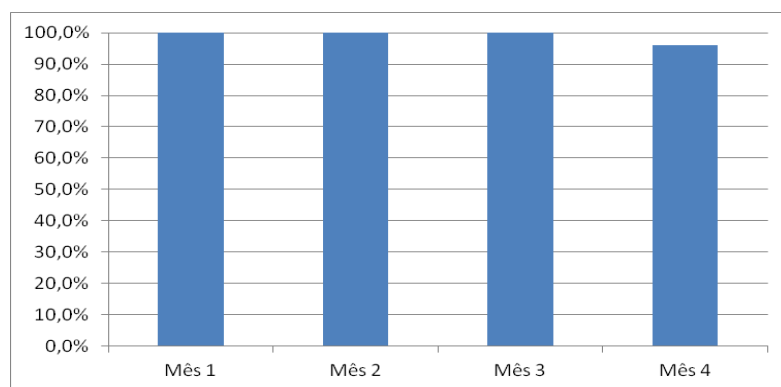


Figura 8. Gráfico da proporção de hipertensos como os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados

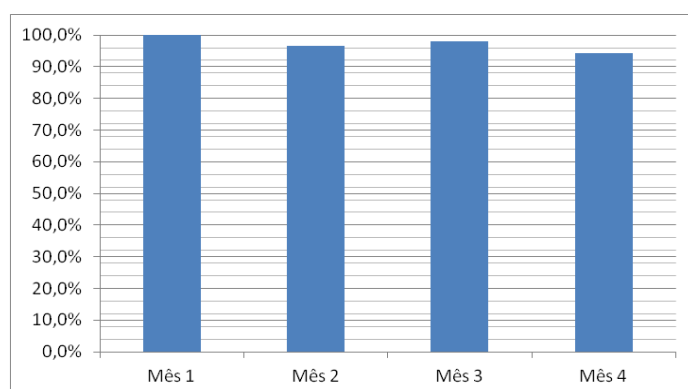


Figura 9. Gráfico da proporção de diabéticos como os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados

**Meta 2.5** Priorizar a prescrição de medicamento da farmácia popular para 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.5** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

**Meta 2.6** Priorizar a prescrição de medicamento da farmácia popular para 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.6** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Nós monitoramos os medicamentos dispensados aos usuários pela Farmácia da UBS ou Popular, registrando no prontuário o medicamento prescrito e sua adesão para adequar o tratamento médicos de acordo com a lista de medicamentos existentes. Realizamos o registro da necessidade de medicamentos de nossa UBS para a manutenção de estoque necessário para a demanda dos usuários.

O comportamento da prescrição e manutenção de tratamentos já instaurados nos usuários cadastrados se comportou da seguinte maneira, no primeiro mês, 42 (95,5%) hipertensos e 18 (94,7%) diabéticos. No segundo mês, 59 (90,8%) hipertensos e 28 (93,3%) diabéticos. No terceiro 88 (93,6%) hipertensos e 50 (96,2%) diabéticos e no final da intervenção, 149 (96,1%) hipertensos e 68 (97,1%) diabéticos usavam remédios da farmácia popular. Tivemos alguns usuários com a necessidade de outros medicamentos, já que em alguns casos não foi conseguido o adequado controle com os remédios da lista básica. Figura 10 e 11.

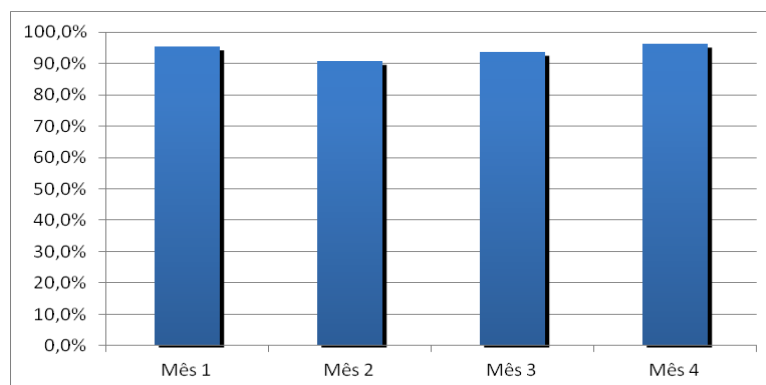


Figura 10. Gráfico da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.  
Fonte: Planilha de coleta de dados.

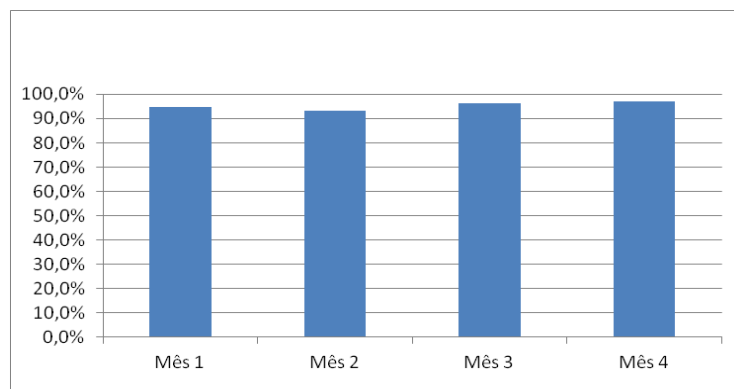


Figura 11. Gráfico da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.  
Fonte: Planilha de coleta de dados

**Meta 2.7** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.7** Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Meta 2.8** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.8** Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

No início da intervenção, contávamos com odontólogo na ESF, o que facilitou a avaliação odontológica dos usuários que necessitavam a assistência. O odontólogo foi retirado da equipe e não foi substituído, afetando a avaliação dos usuários, que se manteve até o final da intervenção. Muitos dos usuários foram encaminhados a outras UBS, poucos conseguiram atendimento, já que os mesmos, tem grande demanda, dificultando o atendimento. Nas figuras 12 e 13 é facilmente visualizado. No primeiro mês foram atendidos com o odontólogo 30 hipertensos e 11 diabéticos, cifra que foi mantida nos meses seguintes, enquanto durou a intervenção (68,2%, 46,2%, 31,9%, 19,2%, hipertensos, e 57,9% 36,7%, 21,2%, 15,7% diabéticos). Figuras 12 e 13.

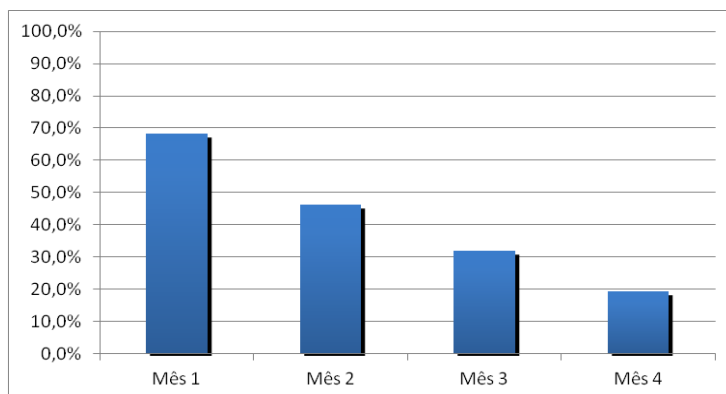


Figura 12. Gráfico da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.  
Fonte: Planilha de coleta de dados.

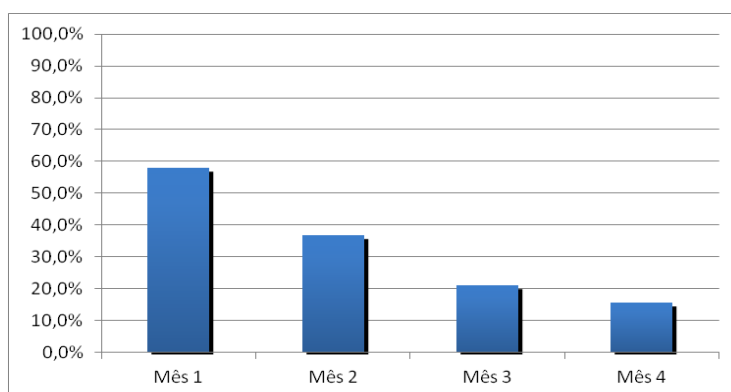


Figura 13. Gráfico da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.  
Fonte: Planilha de coleta de dados.

### **Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e /ou diabéticos ao programa**

**Meta 3.1** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na Unidade Básica de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.1** Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

**Meta 3.2** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na Unidade Básica de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.2** Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

Em todas as VD realizamos a busca dos faltosos, organizamos a agenda de trabalho sempre priorizando os usuários faltosos às consultas, isto é, realizado com regularidade. Este indicador foi cumprido 100%, alcançando a meta proposta. Mantivemos a educação de toda população na periodicidade das consultas e sobre a importância da realização destas para promoção da saúde e tratamento de qualquer complicação que apareça.

A meta 3.1 referente à busca dos hipertensos faltosos as consultas, sendo realizada a busca ativa, no primeiro mês tivemos dois usuários com busca ativa, no segundo e no terceiro mês tivemos quatro e no último mês foram 11 os hipertensos faltosos a consulta que foram resgatados a través da busca ativa.

Podemos apreciar como se comportaram os diabéticos faltosos as consultas (meta 3.2), sendo que no primeiro mês foram 2, no segundo e terceiro mês foram 5 e no último mês foram 8 usuários faltosos com busca ativa.

#### **Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.**

**Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento dos 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.**

**Indicador 4.1** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento dos 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.**

**Indicador 4.2** Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Realizamos o monitoramento do registro dos usuários que acompanhamos na UBS, pelos profissionais, em todas as reuniões mensais da equipe, assim como a qualidade do registro. Também monitoramos a adesão dos mesmos na ficha espelho.

Definimos o responsável para o monitoramento dos registros, assim como mantivemos a capacitação continua de todos os registros (prontuário, ficha espelho, planilha de acompanhamento, cartão de vacinas) na UBS. Como demonstram os gráficos o registro adequado do acompanhamento foi realizado em todos os três primeiros meses em 100% dos usuários cadastrados.

Na figura 14 mostra o número de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, sendo que nos três primeiros meses atingimos o 100% (44, 65 e 94 hipertensos) e no último mês faltaram cinco usuários nos quais não se conseguiu por problemas, com alguns dados, preencher de maneira adequada os registros, sendo que de 156 tivemos, 151 (96.8 %) com preenchimento adequado.

Na figura 15 se mostra o número de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, comportou-se igual aos hipertensos, nos três primeiros meses tivemos uma cobertura dos 100 por cento de todos os



usuários cadastrados com o preenchimento adequado da ficha, 19, 30 e 52 hipertensos respectivamente, sendo que no ultimo mês de 70 cadastrados faltou um com preenchimento inadequado, 69 (98.6%) no final da intervenção.

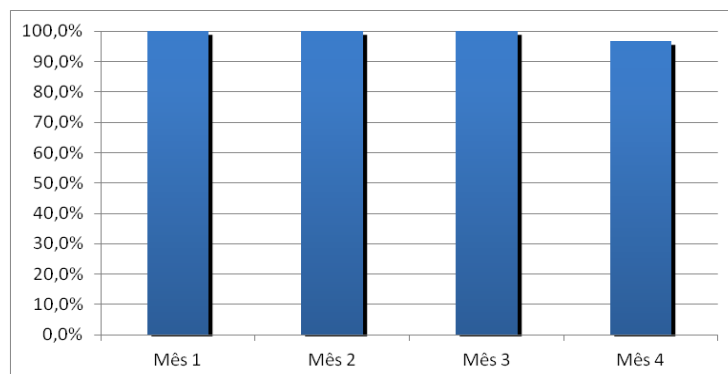


Figura 14. Gráfico da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

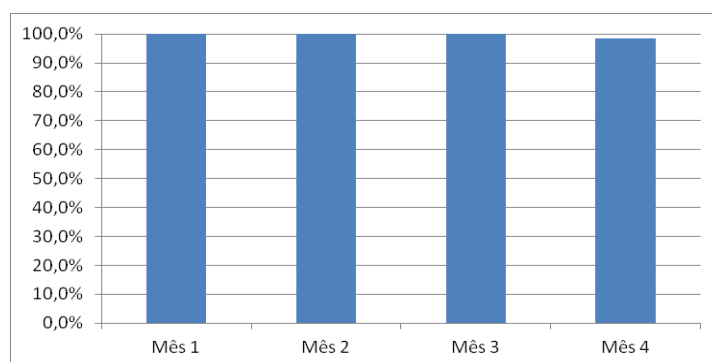


Figura 15. Gráfico da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

### **Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares**

**Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.**

**Indicador 5.1** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

**Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.**

**Indicador 5.2** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Priorizamos sempre o atendimento dos usuários com alto risco e organizamos a agenda para o atendimento desta demanda. Realizamos a avaliação do risco cardiovascular em todos os usuários, alertando sobre o nível de risco e a necessidade do acompanhamento regular. Iremos continuar com esta ação. Realizamos a estratificação de risco nos hipertensos e diabéticos em 100% dos usuários cadastrados nos três primeiros meses da intervenção, como demonstram os gráficos.

Na figura 16 podemos observar como se comportou a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia nos hipertensos, sendo que nos três primeiros meses tivemos 100% (44, 65, 94) com a estratificação de risco cardiovascular realizada e no último mês apresentamos dificuldades com cinco usuários (96,8% - 151 hipertensos), que não conseguimos fazer a estratificação de risco, já que não conseguimos registrar todos os elementos do exame clínico de maneira adequada no prontuário e na ficha de acompanhamento, houve vários fatores que contribuíram para isto, como foram às condições desfavoráveis na consulta que não permitiram desenvolvê-la com toda a qualidade requerida assim como a falta de impressos já no final da intervenção, mesmo tendo a dificuldade registramos o exame realizado em prontuários novos, que não conseguimos recuperar depois. Este mesmo fato pode se ver refletido na figura número 17 onde se vê como se comportou a realização da estratificação de risco cardiovascular nos diabéticos. Sendo que nos três primeiros meses conseguimos fazer sem dificuldade nenhuma a estratificação em todos os usuários 100 % (19, 30, 52), e no último mês atingimos 98.6 % (69 diabéticos).

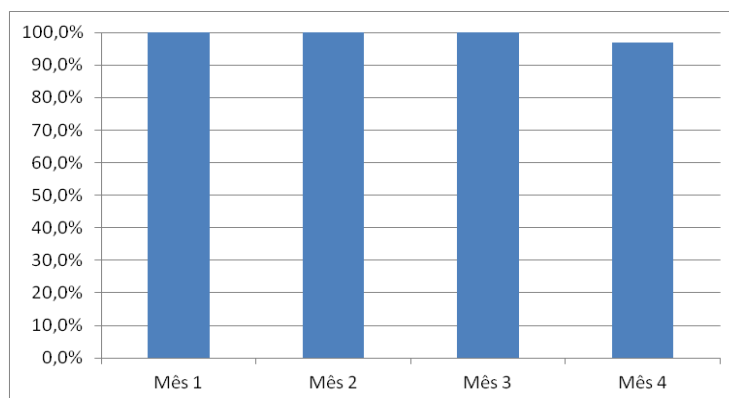


Figura 16. Gráfico da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.  
Fonte: Planilha de coleta de dados

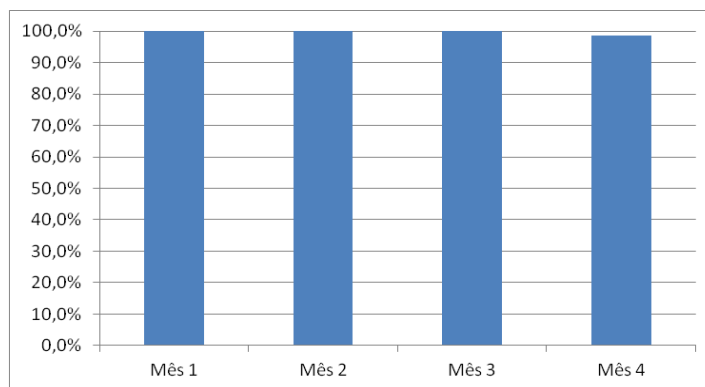


Figura 17. Gráfico da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.  
Fonte: Planilha de coleta de dados.

### **Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.**

Nos meses da intervenção atingimos 100 % (44, 65, 94, 156 Hipertensos e 19, 30, 52, 70 diabéticos) cadastrados, foram orientados sobre a alimentação saudável, receberam orientação sobre o benefício da pratica regular de atividade física, foram informados e orientados sobre os riscos do tabagismo. Mesmo não tendo atenção odontológica no posto todos os usuários foram orientados sobre a importância de manter uma higiene bucal adequada.

**Meta 6.1** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Indicador 6.1** Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Meta 6.2** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Indicador 6.2** Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Meta 6.3** Garantir orientação em relação a pratica regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

**Indicador 6.3** Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

**Meta 6.4** Garantir orientação em relação a pratica regular de atividade física a 100% dos diabéticos.

**Indicador 6.4** Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

**Meta 6.5** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

**Indicador 6.5** Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Meta 6.6** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

**Indicador 6.6** Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Meta 6.7** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos.

**Indicador 6.7** Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

**Meta 6.8** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

**Indicador 6.8** Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal

## 4.2 Discussão

A intervenção na minha UBS facilitou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, mesmo não atingindo a meta proposta, houve melhora significativa nos registros de acompanhamento e fizemos com que o uso da ficha espelho voltasse à prática diária, a qualificação da atenção aos portadores também foi beneficiada durante a intervenção. Tivemos várias trocas entre a equipe, durante os quais falamos e relembramos de procedimentos e técnicas, houve destaque para o uso do protocolo para o adequado tratamento dos hipertensos e diabéticos, assim como a realização de um adequado exame físico aos 100% dos cadastrados na intervenção. Exigiu-se a realização de exames complementares de acordo com o protocolo e priorizou o uso de medicamentos da farmácia popular. A avaliação odontológica foi afetada, não atingimos aos 100% de usuários avaliados, realizamos a busca ativa dos 100% dos faltosos a consulta, e mantivemos atualizada a ficha de acompanhamento de todos os usuários. Foi realizada a estratificação de risco cardiovascular aos 100% nos três primeiros meses e a mais dos 95% no último mês de intervenção. Sendo que no final da intervenção tivemos problemas com alguns prontuários (se perderam), o que dificultou o adequado registro no prazo da intervenção. Foi garantida a orientação nutricional, sobre alimentação saudável, assim como orientação sobre a importância da realização regular de exercícios físicos, e o risco que representa o tabagismo e a importância da higiene bucal aos

100% dos usuários, dita orientação foi feita em consulta e em palestras oferecidas tanto pela enfermeira quanto por mim.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do MS relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento dos usuários com HAS e DM. Realizamos atividades que promoveram o trabalho integrado da médica e da enfermeira, assim como de auxiliares de enfermagem e ACS. Definiu-se como atribuições do médico realizar o exame clínico e mantendo-o em dia, indicar os exames complementares de acordo com o protocolo, a prescrição de medicamentos, priorizando os da Farmácia Popular, fazer a estratificação de risco cardiovascular dos usuários e a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em parceria com a enfermeira. A mesma também fez o registro adequado na ficha de acompanhamento, orientação sobre alimentação saudável dos usuários, prática de atividades físicas regulares e dar orientação sobre os riscos do tabagismo e orientações sobre higiene bucal que foram atribuições e orientações que transmitiram os auxiliares de enfermagem na sala de espera e os ACS. Junto ao médico e enfermeira, fizemos busca ativa de faltosos às consultas além de dar orientações gerais de promoção à saúde aos usuários, impactando em outras atividades do serviço como aumento de pessoas procurando atendimento, que fez com que tivéramos que reorganizar o acolhimento para dar conta de atender a todos. Maiores números de usuários referidos a outras consultas com outros profissionais tanto do NASF, quanto do serviço hospitalar.

Antes da intervenção as atividades de atenção a HAS e DM eram concentradas na atenção médica destes agravos, e quase nunca às atividades de promoção e prevenção que permitiriam uma mudança do estilo de vida e jeito de trabalhar na equipe de saúde. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. A melhoria do registro e o agendamento dos hipertensos e diabéticos, bem como a classificação de risco cardiovascular têm sido cruciais para apoiar a priorização do atendimento, também aperfeiçoamos o agendamento para a demanda espontânea.

O impacto da intervenção é bem recebido pela comunidade que aprendeu a conhecer seus direitos e a desfrutar dos benefícios de um atendimento diferenciado e de qualidade. Em nossa comunidade não temos até o momento queixas ou insatisfações pelo atendimento ao grupo de HAS e DM, já que o agendamento é extensivo a todos e cobertas as necessidades da população que não forma parte do

estudo. Mesmo todo o esforço realizado para ampliar o programa, temos muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura da ESF.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde o início houvesse ficado claro para todos os membros da equipe o papel de que cada um na mesma, assim como se a população houvesse envolvimento desde o início como parte fundamental na solução dos problemas. Com certeza se pudesse mudar alguma coisa, cobraria mais, dos gestores e da direção do posto. Procuraria um jeito mais convincente para envolver as outras equipes no estudo, aumentando a participação e também o benefício da população.

A intervenção na minha unidade já está incorporada a rotina do serviço. Porém, ainda devemos trabalhar na conscientização da comunidade e com os portadores de HAS e M, da importância que tem o atendimento sistematizado e preventivo destes agravos e suas complicações. No final chegamos à conclusão que devemos de dar uma pronta solução ao problema do arquivo de prontuários, já que se perdem muito e dificulta qualquer trabalho de seguimento que se pretenda fazer, tanto com o grupo de hipertensos e diabéticos, outro grupo, perdendo qualidade e seriedade no atendimento.

A partir do próximo mês pretendemos dar continuidade ao projeto e reivindicar com o gesto municipal, a melhoria da disponibilidade de medicamentos para o tratamento dos hipertensos e diabéticos, que na maioria das vezes faltam. Também pretendemos expandir este projeto para outras áreas de saúde que não foram beneficiadas pelo mesmo.

#### **4.3 Relatório da intervenção para gestores**

Minha UBS fica na zona Sul da cidade de Macapá conta com uma população de 12000 pessoas com 1825 Hipertensos e 450 Diabéticos estimados. O objetivo geral do trabalho foi melhorar a atenção dos usuários com HAS e DM na UBS Raimundo Hozanan de Souza Macapá /AP, a intervenção teve duração de 16 semanas, de setembro a dezembro de 2014. Nossa equipe de saúde está composta por uma médica, uma enfermeira, três técnicos de enfermagem e sete ACS. O trabalho com 156 Hipertensos e 70 Diabéticos foi desenvolvido pela equipe de saúde e continuará permanente para manter os resultados atingidos. Este curso é uma exigência do PMMB. Sou cubana e estou no Brasil desde o dois de outubro de

2013.

O cadastro de hipertensos e diabéticos da área de abrangência, que ainda não estavam cadastrados na unidade, foi um avanço, realizamos exame clínico completo em 100% dos usuários, também garantimos a solicitação de exames complementares de 100%, muitos não conseguiram realizar os exames na rede pública e procuraram a rede privada. Acho este um ponto importante no qual que você pode ajudar na coordenação com outras instituições de saúde para realizar estes estudos e garantir os meios necessários para facilitar uma realização rápida e com qualidade.

Priorizamos a prescrição de medicamento da farmácia popular para a maior parte dos hipertensos e diabéticos, na maioria das vezes. A variedade de medicamentos ainda não é suficiente e deveremos trabalhar juntos, nos informando os medicamentos necessários e vocês fazendo com que cheguem os mesmos, às farmácias do município. Realizamos avaliação da necessidade de atendimento odontológico em um reduzido grupo de usuários, ressaltando este fato como desfavorável em nossa intervenção, pela retirada da equipe do odontólogo, não sendo até o momento ocupado, fato no qual vocês poderiam fazer muito.

Garantimos o bom acolhimento aos usuários para o acompanhamento de acordo com o protocolo do MS, garantimos dentro das possibilidades o material adequado para a tomada da medida da PA e realização do Hemoglicoteste. Acho muito importante a gestão oferecer a manutenção dos insumos e equipamentos, fornecimento de fitas para Hemoglicoteste. Informamos a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na unidade de saúde que foi bem acolhido por todos. Orientamos a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes em todas as palestras que desenvolvemos na comunidade.

Foram capacitados os ACS no cadastramento e orientação aos usuários, capacitamos às equipes do posto nas ações planejadas para a intervenção. Definimos atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos hipertensos e diabéticos e organizamos a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, esperamos continuem sendo garantidos os impressos pela secretaria municipal de saúde. Realizamos controle de estoque e validade de medicamentos, programamos as necessidades de medicamentos para satisfazer as demandas dos usuários. Orientamos os usuários e a comunidade

quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS sobre a importância da HAS e DM, de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Continuaremos a realizar orientação nutricional, sobre a prática de atividade física regular, sobre os riscos do tabagismo. Organizamos a agenda de forma a possibilitar a assistência e estabelecemos prioridades de atendimento considerando a classificação do risco cardiovascular. Precisamos estabelecer parcerias institucionais, com nutricionistas, educador físico, dentistas para as ações comunitárias.

#### **4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade**

Sou médica cubana, estou na comunidade desde minha chegada a Macapá, em data 27 de outubro de 2013. Minha UBS está locada na zona Sul da cidade de Macapá/AP e conta com uma população estimada de 12000 pessoas com 1825 Hipertensos e 450 Diabéticos estimados, 156 Hipertensos e 70 Diabéticos cadastrados, o objetivo geral do trabalho foi melhorar a atenção aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Raimundo Hozanan de Souza, objetivo que atingimos com o esforço da equipe de saúde e a comunidade, desenvolvendo esta última um papel principal em ajudar-nos a melhorar a saúde da população afetada. O trabalho com a comunidade continuará permanentemente para manter os resultados alcançados.

Entre as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, temos a ampliação da cobertura aos hipertensos e diabéticos. A comunidade foi informada sobre a existência do Programa de atenção a Hipertensos e Diabéticos, além disso, informada sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos e fazer glicemia pelo menos uma verificação anual, também orientamos a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão e diabetes em todas as palestras feitas na comunidade.

Orientamos à comunidade sobre a importância do cadastramento de todos os usuários para o controle destas doenças e importância para o planejamento tanto de consultas, quanto de recursos, incluindo os medicamentos.



Melhorou-se a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos nas visitas domiciliares, também avaliamos o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular. Colocamos a versão atualizada do protocolo na unidade de saúde.

Garantimos a realização dos exames clínicos e a solicitação dos exames complementares. Orientamos os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes da importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Organizamos as visitas domiciliares para buscar os faltosos às consultas com o objetivo de incorporá-los novamente ao acompanhamento na UBS. Mapeamos os hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e priorizamos o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Falamos com os usuários sobre seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular e controle de fatores de risco modificáveis.

A promoção de saúde de hipertensos e diabéticos foi realizada nas consultas periódicas dos usuários, assim como nas visitas domiciliares e nas ações educativas feitas na comunidade. Com a avaliação odontológica tivemos dificuldades já que o dentista que foi excluído da equipe. Também realizamos orientação sobre o benefício da prática de atividades físicas regularmente e mantivemos a orientação sobre os riscos que produz o tabagismo.

Nós oferecemos orientações sobre a saúde bucal aos usuários. Todas as ações foram incorporadas ao trabalho diário da equipe de saúde, melhorando a atenção dos usuários com hipertensão e diabetes. Sempre contamos com ajuda de toda a comunidade e continuaremos precisando de seu apoio para desenvolver ações de educação para a saúde em outras ações programáticas.

## **5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

O processo de aprendizagem foi bom, poderia ser avaliado de crescente e positivo, o curso e sua estrutura facilitaram muito isto, fomos orientados em todos os aspectos para que o trabalho da intervenção fosse sucesso. O trabalho foi desenvolvido em 16 semanas com a participação dos membros da equipe de saúde e a colaboração importante da comunidade que apoiou sempre a intervenção. O curso cumpriu minhas expectativas, já que ajudou a melhorar a qualidade de vida dos usuários com HAS e DM. No início a organização do trabalho foi bastante difícil e o apoio recebido pelos orientadores foi decisivo para poder iniciar de maneira adequada o estudo, para conseguir o apoio que precisávamos dos gestores de saúde, para dar solução a problemas antigos que estavam afetando o trabalho da equipe e o atendimento com qualidade da população. A integração da equipe não foi difícil, porem a integração com as outras equipes não se deu como queríamos, tive dificuldades para inclui-los nas capacitações de muitos temas, e para a obtenção de informações que dificultaram o desenvolvimento da intervenção.

Ao finalizar a mesma poderíamos dizer que concluímos a intervenção com bons resultados e o melhoramento da qualidade do atendimento a população, assim como o aprimoramento da prática profissional.

Esta experiência foi muito boa e me ensinou a como organizar todo o processo de atenção dos usuários e desenvolver estratégias de integração da equipe e a comunidade para conseguir o objetivo principal que foi o de melhorar o atendimento e a saúde dos usuários portadores com HAS e DM, através das orientações e princípios que regem nosso trabalho à promoção de saúde e prevenção dos agravos, sendo a melhor maneira de resolver os problemas de saúde da população.

Acho importante salientar que a implementação da intervenção na rotina de trabalho da equipe de saúde é segundo meu critério o maior ganho da intervenção,

fará com que nosso trabalho perdure no tempo e com ele o atendimento de qualidade aos usuários.

## Referências

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doença cardiovascular e renal crônica. Brasília: Ministério da saúde, 2006.

BRASIL. Caderno de atenção básica N° 16. Brasília. DF 2006, MS, normas e manuais técnicos.

NARAYAN, K. M. Psychosocial Risk for acute Myocardial Infarction. Clinical Diabetes 2005; vol. 23: n.º 1; 35-36.

SHEPS DS, SMITH NF, FREEDLAND KE, CARNEY RM. The INTER-HEART Study: Intersection Between Behavioral and General Medicine. American Psychosomatic Society, 2004, 66:797-798.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo, 13 de Fevereiro de 2006.

ÔUNPUU S, NEGASSA A, YUSUF S ET AL. INTER- HEART: A global study of risk factors for acute myocardial infarction . American Heart Journal, 2001; 141:711-172.

## **Apêndices**

### Apêndice A – Ficha complementar

Ficha complementar da ficha espelho								
Data	Medico	PA	Glicose	Orientação sobre higiene bucal	Exame bucal realizado	Necessidade de atendimento odontológico	Faltoso	Data próxima consulta

Nome do paciente.....

Numero de Prontuário.....

## **Apêndice B – Fotografias da Intervenção**



**Equipe reunida.**



**Visita a usuária diabética em área de difícil acesso.**



**Ação de saúde numa escola.**



**Ação de saúde num Centro comunitário.**





**Ação de saúde na igreja.**



**Ação de saúde na igreja.**

## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>

Pro<sup>a</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

## Anexo B - Planilha de coleta de dados

[illegible]

## Anexo C - Ficha espelho



 Especialização em  
Saúde da Família  
Universidade Federal de Pelotas

**PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS**  
**FICHA ESPELHO**

Data do ingresso no programa \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número do Prontuário: \_\_\_\_\_ Cartão SUS \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Necessita de cuidador? ( ) Sim ( ) Não

Nome do cuidador \_\_\_\_\_ Telefone de contato: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tem HAS? ( ) Sim ( ) Não Tem DM? ( ) Sim ( ) Não Tem HAS e DM? ( ) Sim ( ) Não Está cadastrado no HIPERDIA? ( ) Sim ( ) Não

Há quanto tempo tem HAS? \_\_\_\_\_ DM? \_\_\_\_\_ HAS e DM? \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ cm Perímetro Braquial: \_\_\_\_\_ cm

[illegible][illegible]

[illegible]